TITRES

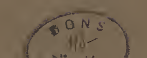
ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr PIERRE LOMBARD





A Monsieur le Professeur A. Broca
Hommage profondément affectueux

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

Pierre Lombard

DU

Dr PIERRE LOMBARD

PARIS
VIGOT FRÈRES, EDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1920

TITRES UNIVERSITAIRES

1905-1909 Adjuvat.

1910-1913 Clinicat de Chirurgie Infantile.

1913 (Novembre) (Chargé des Fonctions d'Agrégé. (Décision du
1919 (Conseil de Faculté).

ENSEIGNEMENT

Conférences d'Anatomie (Adjuvat).

Conférences théoriques et cliniques aux élèves du Service de Clinique Chirurgicale infantile (Clinicat).

Suppléances de M. le Professeur Curtillet. Vacances de 1912; vacances de 1913; vacances de 1919.

Cours de Pathologie Externe : Semestre d'hiver 1913-1914; Février à Mai 1919; Semestre d'hiver 1919-1920.

TITRES HOSPITALIERS

Alger.

Externat nº 1, 1903.
Internat nº 2, 1904.
Prix d'Internat, 1907.
Concours de Chirurgien des Hôpitaux, 1913. Classé avec le nº 2.

TITRES MILITAIRES

AFFECTATIONS

4 Août-15 Août 1914. — Hôpital Militaire, Alger, (Médecin Aide-Major de 2e classe).

15 Août 1914-17 Mars 1915. — 9e Régiment de Tirailleurs; 4e Bataillon. (Médecin Aide-Major de 2e classe).

17 Mars 1915-1er Juillet 1915. — Groupe d'escadrons de Chasseurs d'Afrique de la 1re division d'Orient. (Médecin Aide-Major de 1re classe).

1er Juillet 1915-15 Novembre 1916. — Groupe d'escadrons de Chasseurs d'Afrique des troupes du Sud-Tunisien. (Front de Tripolitaine).

15 Novembre 1916-1er Mars 1917. — Hôpital Militaire de Tunis.

1er Mars 1917-1er Août 1918. — Ambulance de la Division Marocaine (A. 9/9). Chef d'équipe chirurgicale. (Médecin Major de 2e classe).

1er Août 1918-1er Février 1919. — Ambulance 9/9, 1re Armée.

CITATIONS

1915

« D'un dévouement absolu et comme officier, et comme médecin. Collaborateur précieux pour un chef de corps. Pendant les opérations actives qu'il a toujours suivies du 1er au 20 Septembre 1915 s'est multiplié pour assurer aux malades et aux blessés, les soins que comportait leur état. »

(Lettre de félicitations du Colonel Commandant les troupes du Sud Tunisien).

« Au cours des combats livrés dans la région de Dehibat-Oum Souigh du 15 Septembre au 3 Octobre 1915 a soigné avec un dévouement au-dessus de tout éloge des blessés qu'il a été relever souvent sur la ligne de feu. A rendu en particulier les plus grands services au cours des journées des 2 et 3 Octobre. »

(Ordre général n° 14. Division de Tunisie).

1918

« Chirurgien de grande valeur et de haute conscience, se dépensant jusqu'à la limite de ses forces pour le salut des blessés. A par son activité, sa science et son dévouement, sauvé la vie à de nombreux blessés de la division.

(Ordre général, n° 121. Division marocaine).

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

1910

Symphyse tuberculeuse du péricarde. *Thèse*. Paris.

1911

A propos du traitement « rationnel » des fractures de la base du crâne. *Province Médicale*, 11 février 1911, page 66.

Sur les arthrites chroniques de l'enfance précédées d'états infectieux. *Province Médicale*, 22 Avril 1911, p. 175.

Deux cas de rhumatisme vertébral. Arthrites cervicales aiguës tuberculeuses. (En collaboration avec M. le Professeur Curtillet). *Revue d'Orthopédie*, page 385.

Plaie du foie par arme à feu chez un enfant. *Province Médicale*, 20 mai 1911, p. 216.

Observations in Thèse Marguerie. *Plombage des cavités osseuses. Thèse Alger.*

Luxation traumatique de la hanche chez une enfant de 3 ans. (En collaboration avec M. le Professeur Curtillet). *Revue d'Orthopédie*, page 477.

Arthrite traumatique du genou guérie par ponction articulaire. *Province Médicale*, 29 Avril 1911, p 183.

1912

Un cas de spondylite typhique (1er cas français). (En collaboration avec M. le Professeur Curtillet). *Province Médicale*, 12 Août 1911, p. 324 et 14 Septembre 1912, p. 410.

Intoxication saturnine aiguë mortelle consécutive à un coup de feu par arme de chasse. (En collaboration avec le Professeur Curtillet). *Lyon Chirurgical.*

Quatre cas de péritonite aiguë, grave terminés par guérison. *Bulletin de la Société de Médecine d'Alger.*

Pleurésies purulentes aiguës. — Drainage avec le tube de Vignard. *Ballet. Soc. Méd. d'Alger.*

Pleurésie putride. *Bull. Soc. Méd. Alger.*

Septicémie streptococcique consécutive à une plaie de l'artère humérale. *Bull. Soc. Méd. Alger.*

Un cas de genu recurvatum. (En collaboration avec M. le Professeur Curtillet). *Revue d'Orthopédie.*

Tuberculose à foyers multiples. *Bull. Soc. Méd. d'Alger.* **Appendicite vermineuse.**

1913

Une nouvelle mycose. (En collaboration avec M. le Professeur Curtillet). *Soc. de Chir. de Paris*, p. 1.396, 1914, p. 777.

Tétanos anormal. (En collaboration avec M. le Professeur Curtillet). *Soc. Chirurgie de Paris*, p. 121.

Rate paludéenne en ectopie pelvienne. *Soc. Méd. d'Alger.*

Gangrène traumatique traitée par l'air chaud. *Soc. Méd. d'Alger.*

Un cas de Leishmaniose. (En collaboration avec M. le Docteur E. Sergent, Directeur de l'Institut Pasteur). *Bull. de la Soc. de Pathologie exotique*, p. 94.

Fracture du crâne chez un enfant, Hématome extra-dural. Trépanation. Guérison. *Bull. Soc. Méd. d'Alger.*

Observations in Vincent : *Du drainage des fractures de la base du crâne par la trépanation précoce et systématique avec ouverture de la dure-mère et drainage méningé.* (*Revue médicale d'Alger*, Novembre 1913).

Fracture de la base du crâne chez un enfant atteint d'otorrhée double. Drainage de l'espace sous-arachnoïdien. Guérison.

Fracture de l'étage antérieur du crâne, drainage de l'espace sous-arachnoïdien. Guérison.

Fracture de la base du crâne. Otorrhagie. Epistaxis. Trépanation. Guérison.

Fracture du frontal irradiée à la base. Trépanation. Guérison.

Fracture du frontal irradiée à la voûte des fosses nasales. Trépanation. Guérison.

1914

Cure solaire des tuberculoses chirurgicales à Alger (En collaboration avec M. le Professeur Curtillet), in *Rev. méd. d'Alger*, 1914.

Premier cas de sporotrichose observé à Alger : *démonstration de la nature purement sporotrichosique de certaines synovites à grains riziformes* (*Rev. méd. d'Alger*, 1914).

Deux cas d'invagination intestinale aiguë chez des enfants. *Opération précoce : guérison. Opération tardive : mort.* (*Rev. méd. d'Alger*, 1914).

Radiographie d'un cas de maladie de Parrot (En collaboration avec le Docteur Viallet) *Rev. méd. d'Alger.*

Péri-arthrites suppurées à pneumocoques des nouveau-nés (En collaboration avec M. le Professeur Curtillet). *Bull. Soc. Obst. et Gynécol.*).

Section du nerf cubital chez un enfant. Suture. Résultat 3 ans. après l'intervention. *Province médicale*, 1914, nº 11.

Réduction des luxations du coude par le procédé du fléau (Procédé de Jaboulay). *Revue médicale d'Alger*, 1914.

Bifurcation de la main. *Revue d'Orthopédie*, p. 135.

1917

Note sur la technique de la laparotomie pour plaies pénétrantes de l'abdomen par projectiles de guerre. (Travail de l'Ambulance de la Division Marocaine 1918). (Communication à la *Société de Chirurgie*. Rapport de M. Walther. (Séance du 25 Juillet 1917).

Sur le shock traumatique (En collaboration avec le Médecin-major Monéry. Travail de l'Ambulance de la Division Marocaine). *in Archives Méd. et Pharmacie Militaires*, 1918, p. 401.

Un cas de tétanos rachidien à forme paraplégique. *Soc. Chir. de Paris*, p. 412.

1919

Intoxication aiguë, massive, consécutive à la levée d'un garrot. (Travail de l'Ambulance de la Division Marocaine. Communication à la *Société de Chirurgie*. Rapport de M. Ch. Lenormant. Séance du 22 Octobre 1919).

Kyste hydatique non suppuré du poumon gauche. Thoracotomie. Extirpation et réduction sans drainage. Guérison. (Communication à la *Société de Chirurgie*. Rapport de M. Ch. Lenormant. Séance du 28 Mai 1919).

1920

Kyste hydatique du cerveau. Opération en deux temps. Extraction de la poche. Guérison. *Journal de Chirurgie*, 1920, n° 2.

COLLABORATION A DES THÈSES

MARGUERIE. — **Plombage des cavités osseuses.** *Thèse* Alger, 1912.

ALBERTI. — **Kystes hydatiques chez l'enfant à Alger.** *Thèse* Alger, 1912.

CECALDI. — **Les veines méningées moyennes.** *Thèse* Alger, 1919.

CROSSE. — **Invagination intestinale chez l'enfant.** *Thèse* Alger, 1919.

CHAOUAT. — **Phlegmons parostaux.** *Thèse* Alger, 1919.

COLLABORATION A DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Contribution à la Fondation et Collaboration à la Rédaction de la *Revue médicale d'Alger* (1913-1914).

Collaboration au *Journal de Chirurgie* (1920).

PATHOLOGIE CHIRURGICALE GÉNÉRALE

RECHERCHES SUR LES MYCOSES

Depuis 1910, nous avons systématiquement recherché l'existence des mycoses en Algérie.

Le contenu de tous les abcès chauds ou froids qu'il nous a été donné d'observer a été examiné, ensemencé, inoculé.

Nous avons pu ainsi nous convaincre que la tuberculose demeurait, en nos pays, la plus fréquente des infections à marche chronique, et qu'elle était à l'origine de bien des suppurations à marche aiguë, banales en apparence.

Trois fois seulement, sur plusieurs centaines de cas, nous nous sommes trouvé en présence d'infections dues à des champignons pathogènes.

Deux de ces observations ont été publiées; les recherches concernant le 3e cas sont encore en cours.

Dans le premier cas, il s'agit d'une infection due à un champignon non encore décrit. Malade depuis 5 ans, considéré comme un tuberculeux, puis comme un syphilitique, le sujet qui en était atteint a guéri en quelques semaines, à partir du moment où la nature des lésions a été mise en évidence. La guérison se maintient depuis 8 ans. Le second cas concerne un homme porteur depuis plusieurs années d'une lésion du mollet considérée comme un kyste poplité, et d'une lésion du poignet présentant les caractères typiques d'une synovite à grains riziformes. L'ensemencement, l'inoculation, le microscope nous fournirent la preuve que les deux lésions étaient de nature sporotrichosique, nous permettant de démontrer pour la pre-

mière fois, et d indiscutable façon, la nature purement sporotrichosique de certaines synovites à grains.

Voici ces faits :

Premier cas.

UNE NOUVELLE MYCOSE. IMPORTANCE PRATIQUE, PRONOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DU DIAGNOSTIC DES MYCOSES.

Il est relatif à un jeune homme de dix-sept ans, dont les parents sont vivants et en bonne santé, et qui a un frère de quinze ans, bien portant également.

Le début de sa maladie remonte au mois de novembre 1906. A ce moment, il a été pris, sans cause appréciable, d'une arthrite du genou gauche offrant tous les caractères d'une arthrite tuberculeuse, et qui, traitée par l'immobilisation jointe aux injections intra-articulaires de glycérine iodoformée, guérit complètement.

Deux ans plus tard, en février 1909, sans douleurs, sans phénomènes généraux, une nodosité apparaît à la partie postérieure et supérieure de l'avant-bras droit; elle atteint rapidement le volume d'une noix.

Quatre mois plus tard, en juin, une tuméfaction semblable se montre à la partie supérieure du tibia droit, au niveau de sa face interne; ponctionnée, elle donne issue à une petite quantité de pus rougeâtre; quelquès injections de glycérine iodoformée suffisent à la faire disparaître.

En mai 1910, après une poussée de bronchite, le malade constate à la partie supérieure du mollet gauche, uue saillie peu douloureuse, du volume d'une grosse noix. Traitée par des injections de glycérine iodoformée, puis de naphtol camphré, elle s'ulcère et laisse suinter un liquide séro-gommeux.

La réaction de Wassermann, faite deux fois, demeure négative. Songeant à la possibilité d'une mycose, on met le malade au traitement ioduré. En octobre 1910, les lésions sont complètement guéries.

En janvier 1911, le malade se plaint d'élancements douloureux dans la cuisse gauche. En même temps l'état général s'altère; le malade qui avait repris du poids pendant la durée du traitement ioduré maigrit de nouveau.

En mars, le mollet gauche devient douloureux, la marche est rendue difficile.

En avril, le malade entre dans le service de M. Curtillet. Il est alors âgé de dix-sept ans.

A l'inspection, la cuisse gauche paraît, dans sa moitié inférieure, plus volumineuse que la droite ; la palpation montre que l'augmentation du volume du membre est liée à l'épaississement du squelette.

Dans l'épaisseur du mollet, on découvre une masse dure, enchâssée dans les couches musculaires, du volume d'un œuf de dinde, et complètement indolente. Elle est indépendante du squelette; sa présence provoque un certain degré de rétraction du tendon d'Achille, se traduisant par de l'équinisme.

L'examen de la poitrine est absolument négatif. Le 30 avril, on pratique une intra-dermo-réaction à la tuberculine qui reste également négative. On pense alors à la possibilité d'une infection mycosique.

Le 2 mai, la réaction de fixation du sérum en présence de spores du sporotrichum est franchement positive.

Les lésions étant fermées, on décide d'en pratiquer l'ablation. Le 12 mai 1911, on intervient sur la lésion fémorale. Après avoir traversé les muscles, on tombe sur une masse de tissus, moitié fongueux, moitié caséeux, ressemblant un peu, à du tissu sarcomateux ramolli. Au cours de l'opération, les fragments de tissus enlevés sont ensemencés en gélose Sabouraud. Ces tubes poussent en quatorze jours. La cicatrisation par première intention de la plaie est obtenue.

Le 22 juin 1911, la tumeur du mollet est enlevée de même. Elle présente une cavité de la dimension d'une mandarine, remplie de masses jaunâtres, molles, ressemblant à de la chair d'huître ou à du tissu encéphalique.

Au cours de cette seconde intervention, de nouveaux prélèvements ont été faits. La plupart des tubes ensemencés ont donné des colonies pareilles aux premières, évoluant dans les mêmes délais et présentant le même aspect.

A partir de ce moment, le malade a été soumis pendant trois mois à un traitement ioduré intensif (4 grammes d'iodure de potassium par jour). Sous cette influence, l'état général s'est rapidement modifié, le malade a beaucoup engraissé, et depuis lors, la guérison ne s'est pas démentie.

Les cultures et coupes ont été soumises à l'examen de M. Gougerot qui a bien voulu se charger de les contrôler. De ces recherches, il résulte qu'il s'agit ici d'un champignon qui semble n'avoir jamais été juqu'ici rencontré dans les tissus pathologiques. C'est un hyphomycète qui n'est ni un sporotrichum, ni une hémispora, ni une nocardia.

Etude histologique (Résumé). — Les examens de laboratoire ont été commencés à Alger par nous, et continués à Paris, par M. Gougerot.

L'étude a pu être complète : nous envisagerons successivement les résultats fournis par :

1° Ensemencements et cultures ;

2° Séro-diagnostic et réactions humorales ;

3° Inoculation ;

4° Examen histologique ;

1° *Cultures.* — Les ensemencements ont été pratiqués sur divers milieux.

Le 12 mai 1911, au cours de l'intervention (ablation des lésions périfémorales) les fragments de tissus enlevés ont été immédiatement ensemencés dans des tubes préparés à l'avance : les ensemencements ont été faits avec la plus rigoureuse asepsie on a pris soin de changer de gants à deux reprises, et de curettes 3 fois. Les fragments prélevés ont été ainsi introduits dans 16 tubes :

3 tubes de gélose,

1 tube de gélose simple,

12 tubes de gélose Sabouraud.

Tubes de bouillon et tubes de gélose n'ont pas été ensemencés simultanément, c'est-à-dire avec le même prélèvement : on a eu soin de diviser les 12 tubes de gélose Sabouraud en 3 séries de 4 tubes, de se servir d'instruments différents pour chaque série, et d'ensemencer en même temps que chacune d'elles un tube de bouillon. Les 3 tubes de bouillon et le tube de gélose simple ont été mis à l'étuve à l'Institut Pasteur à Alger : *ils sont demeurés stériles.*

Les 12 tubes de Sabouraud ont été laissés non capuchonnés à la température du laboratoire : des colonies y sont devenues visibles vers le 14e jour. Dans la première série de 4 tubes, 3 ont fourni un résultat positif; dans la 2e et dans la 3e série, 2 tubes ont également fourni un résultat positif.

Ainsi, sur 12 ensemencements nous avons eu 7 *cultures donnant à l'état de pureté le même germe.* Les tubes qui n'ont fourni aucune culture sont ceux dans lesquels les fragments de tissus avaient été simplement déposés ; dans ceux qui ont fourni une culture les fragments prélevés avaient été écrasés d'un coup de curette dans la paroi.

Le 23 Juin, au cours d'une seconde intervention (ouverture du foyer qui occupe le mollet), on pratique en suivant la même technique de nouveaux ensemencements qui donnent le même germe à l'état de pureté.

En un mot, les cultures sur gélose Sabouraud ont toutes mis en évidence l'existence d'un même parasite que MM. Matruchot et H. Gougerot ont bien voulu se charger d'identifier.

Ce champignon semble n'avoir jamais été jusqu'à ce jour rencontré au sein de tissus pathologiques. C'est un Hyphomycète, qui n'est ni un Sporotrichum ni une Hémispora, ni une Nocardia. Nous poursuivons en ce moment l'étude expérimentale du pouvoir pathogène de ce germe.

2° *Sérodiagnostic et réactions humorales.* — Les réactions sérologiques et les réactions humorales ont donné les résultats suivants, très importants :

La réaction de fixation avec l'antigène sporotrichosique a été positive.

La réaction de Wassermann, deux fois répétée, a été négative.

L'intra-dermo réaction à la tuberculine a été également négative.

3° *Inoculation.* — Une partie de la masse pseudo-néoplasique enlevée le 23 juin 1911, a été mise de côté, et sitôt l'opération terminée, introduite après laparotomie, dans le péritoine d'un chien de deux mois.

Cet animal a continué à se bien porter : il a été sacrifié en décembre, six mois plus tard : il était indemne de toute lésion appréciable.

4° *Examen histologique.* — Les coupes faites au travers de la lésion intéressent : 1° le tissu osseux néoformé qui double la face interne du périoste; 2° le périoste lui-même ; 3° les couches parostales jusqu'au voisinage du muscle.

Le centre de la lésion paraît être le tissu sous périostique. Voici la note qu'a bien voulu nous remettre à ce sujet M. H. Gougerot.

« La partie la plus *interne* de la coupe montre : nécrose totale diffuse et hémorragie de la moelle, de l'os, du périoste, des vaisseaux; de rares cellules adipeuses conservées. Polynucléaires disséminées nombreux; taches de nécrose amorphe avec nombreux débris pycnotiques; présence de champignons douteux, mais probables.

« En dehors de cette zone apparaît une : *zone intermédiaire* : dans un treillis flou, nécrosé, les cellules deviennent de plus en plus nombreuses : cellules épithélioïdes, polynucléaires, mononucléaires, les capillaires enflammées, oblitérés, deviennent reconnaissables.

« Plus en dehors encore on note une : *zone moyenne* dans laquelle apparaissent des cellules épithélioïdes diffuses, et quelques follicules épithélioïdes sans cellules géantes, des infiltrats cellulaires lympho-conjonctifs.

« Dans la partie la plus *externe* de la coupe on reconnaît une nouvelle zone.

« Cette *zone externe* est fibro-cellulaire, formée de fibres collagènes et de cellules infiltrées basophiles.

« Les figures parasitaires semblent arrondies, probables, mais ne peuvent être affirmées en toute certitude.

« *Cet examen histologique montre donc une structure analogue à celles des tubercules et des gommes syphilitiques. Mais plus proche des tuberculomes* : elle en diffère toutefois *par la présence de nombreux polynucléaires et la persistance des figures de capillarites.* »

Cette observation réunit donc toutes les garanties exigées par H. Gougerot, dans ses travaux critiques sur les mycoses; elle nous paraît intéressante non seulement parce qu'elle ajoute un type nouveau à la liste des champignons pathogènes, mais surtout parce qu'elle met en évidence la marche bien particulière de ces infections mycosiques, sur la fréquence desquelles l'attention du praticien doit être sans cesse attirée.

Deuxième cas.

SYNOVITE SPOROTRICHOSIQUE A GRAINS RIZIFORMES

ARTHRITE PURULENTE SPOROTRICHOSIQUE

(in *Rev. Médicale d'Alger*, Fév. 1914, tome I, IL).

Le domaine de la sporotrichose s'agrandit tous les jours. Voici que, dans le groupe des sporotrichoses chirurgicales, entre aujourd'hui la synovite à grains riziformes, lésion dont jusqu'ici la nature tuberculeuse était admise sans conteste. L'observation dont j'apporte la relation paraît, en effet, démontrer l'existence de *synovites sporotrichosiques à grains riziformes*, démonstration appuyée sur une série de preuves d'ordre clinique, anatomique et bactériologique. Cette observation met encore en évidence la nature mycosique de certains kystes du creux poplité, et surtout elle établit l'existence d'*arthrites sporotrichosiques aiguës*, purulentes, ayant l'apparence d'arthrites métastatiques.

Un homme de 46 ans entre à l'hôpital, porteur d'une collection suppurée, à marche froide, du mollet gauche et, d'autre part, d'une synovite à grains riziformes du poignet gauche; cet homme tousse, crache et présente, à l'auscultation, des signes de bronchite bilatérale et de sclérose pulmonaire. L'examen clinique le plus complet oblige à mettre l'étiquette de « tuberculose », sur ces lésions diverses.

Or, les examens de laboratoire font la preuve de l'origine sporotrichosique de la collection poplitée : traitée par des lavages iodés, cette poche volumineuse, largement ouverte et drainée, se cicatrise en moins d'un mois.

Puis le sporotrichum est mis en évidence dans le contenu d'une synoviale du poignet : ensemencés en tubes Sabouraud, les grains riziformes qui le distendent donnent naissance à des colonnes typiques. *L'inoculation au cobaye d'un fragment de la paroi et de grains riziformes demeure négative.* Cette lésion synoviale opérée, très rapidement curettée, puis écouvillonnée à la teinture d'iode, guérit simplement : le malade mis à l'iodure, *la plaie opératoire se réunit par première intention*, les tissus reprennent rapidement leur souplesse et, sans fistule, sans aucune ébauche de réaction, la *guérison se maintient depuis une année.*

Mais, quelques heures après cette dernière opération, une arthrite se déclare dans le genou gauche, jusque-là intact, manifestation non douteuse d'un ensemencement sanguin post-opératoire. En effet,

cette arthrite aiguë, franchement purulente et provoquant un œdème énorme des segments de membres sus et sous-jacents, est encore due au sporotrichum que les cultures mettent en évidence. En l'absence de tout commémoratif, cette infection articulaire eut été traitée par l'arthrotomie large. Or le traitement ioduré intensif, institué après une ponction simplement évacuatrice, suffit à amener la guérison : l'inflammation articulaire s'atténue rapidement, puis disparaît; mais une ankylose serrée persiste depuis, qui atteste la gravité des dégâts dont la jointure a été le siège.

Quelle est maintenant la nature des lésions pulmonaires dont le malade en question est porteur? Lésions sporotrichosiques ou lésions tuberculeuses? En l'ignorance où nous sommes encore des sporotrichoses pulmonaires, de leur caractère clinique, de leur évolution, il faut se garder d'émettre une opinion ferme, et se borner à constater que les sommets pulmonaires paraissent respectés, que la toux, l'expectoration diminuent et disparaissent pendant le cours du traitement ioduré, enfin que l'examen microscopique des crachats n'a jamais montré de bacilles de Koch, que les inoculations en sont restées négatives.

Quelle que soit d'ailleurs la porte d'entrée du parasite, un fait est à retenir : c'est que *le malade dont nous venons de résumer l'observation a été atteint de synovite à grains, et d'arthrite aiguë, due au sporotrichum : c'est la première fois que pareilles constatations sont faites.*

INTOXICATION SATURNINE AIGUË, MORTELLE, CONSÉCUTIVE A UN COUP DE FEU PAR ARME DE CHASSE

(En collabor. avec M. le Prof. Curtillet),
in *Lyon chirurgical*, 1er Avril 1912.

Parmi les modes si variés d'intoxication saturnine accidentelle, il en est un rare, peu connu, passé sous silence par les classiques : le coup de feu par arme de chasse. Un exemple récent nous conduit à attirer l'attention sur les conséquences possibles d'un traumatisme fréquent dans la pratique civile; conséquences dont l'importance chirurgicale se double d'un certain intérêt médico-légal.

Obs. — Le 22 avril 1911 entrait dans notre service un garçon de 15 ans, vigoureux, et sans antécédents pathologiques, blessé dans les circonstances suivantes : occupé à nettoyer un fusil de chasse (calibre 16), il avait tiré sur la détente au moment où sa main reposait à plat sur le canon; l'avant-bras se trouvant dans la direction de l'arme, la charge entière avait pénétré, et était restée dans le membre.

A la base de l'éminence hypothénar, la plaie unique, large comme une pièce de deux francs, saignait abondamment depuis plusieurs heures : la main noire, incrustée de poudre, était anesthésiée sur son bord interne, l'avant-bras très tuméfié, très douloureux.

Le squelette paraissait intact, les lésions limitées aux parties molles.

Après désinfection à la teinture d'iode, et ablation de la bourre, on se borne à lier dans la plaie l'arcade palmaire sectionnée, et à pratiquer un tamponnement très serré.

Le lendemain, et les jours suivants, le gonflement du membre prend des proportions considérables : œdème dur, élastique, gardant mal l'empreinte du doigt, remontant jusqu'à l'aisselle, et s'accompagnant d'une sensation pénible de tension.

Cependant, la température est normale : les bords de la plaie,

noirs, secs, et comme tannés, ne présentent aucune réaction inflammatoire : le suintement sanguin en nappe résiste au tamponnement.

La radiographie montre la charge, 25 grammes environ de plomb n° 8, répartie dans toute la longueur de l'avant-bras, du poignet jusqu'au coude, et d'une façon telle qu'il faut ou l'abandonner, ou sacrifier le membre.

Le malade, affaibli par une grosse perte de sang, ne se plaint d'aucun malaise : son sommeil est calme, son appétit conservé, ses digestions régulières : on ne relève chez lui qu'un peu de tachycardie (100 à 110 pulsations).

Pendant douze jours, l'état général reste satisfaisant, l'état local ne se modifie pas, l'œdème dur, non douloureux, nullement inflammatoire, s'étend sur toute la longueur du membre, de l'extrémité des doigts jusqu'à la région deltoïdienne.

A partir du 4 mai, le gonflement diminue, et d'une façon si brusque, si rapide, qu'en quarante-huit heures, la circonférence du membre passe de 29 à 21 centimètres, et que le 10 mai le bras a repris des dimensions à peu près normales (16 centimètres). Au niveau de l'avant-bras persiste un empâtement mollasse et dépressible.

En même temps on est frappé de la pâleur du blessé, qui se plaint de vertiges, et d'un peu d'insomnie, ses traits se tirent, son teint devient jaune.

15 mai. — L'œdème du membre s'est complètement résorbé. L'avant-bras paraît maintenant légèrement atrophié. Sous la peau, grisâtre et rugueuse, on perçoit une dizaine de grains de plomb : le reste de la charge échappe à la palpation. La main en attitude de griffe n'est capable que de légers mouvements.

L'état général est de moins en moins satisfaisant : l'anémie progressive ne s'accompagne ni de liseré gingival, ni de coliques, ni de subictère, ni de troubles nerveux : une céphalée légère, et d'ailleurs intermittente, un peu d'insomnie, quelques vertiges, voilà tout ce qu'accuse le blessé, dont le pouls reste fréquent (100 à 110), la tension artérielle faible.

L'examen des urines ne décèle pas d'albumine, l'auscultation des poumons ne montre rien d'anormal. Au cœur, le premier bruit est très légèrement assourdi, mais il n'y a pas de rythme de galop.

Le foie ne descend pas au-dessous des fausses côtes, et ses limites de matité ne sont pas inférieures à la normale. La rate n'est pas perçue : le côlon sigmoïde roule sous le doigt, dur, mais vide ; il n'y a pas de constipation. L'appétit diminue, la température oscille entre 36°9 et 37°5.

28 mai. — Les vertiges sont plus fréquents, l'insomnie est tenace,

la céphalée légère, mais persistante, l'appétit est nul, l'amaigrissement s'accentue.

Cependant, il n'y a point de liseré saturnin, point de coliques, point d'ictère, point de troubles oculaires, pas d'autre paralysie que celle du membre blessé. Il y a un léger degré de parésie intestinale, la tension artérielle reste basse, le pouls fréquent, la température demeurant normale.

Pour des raisons qui nous sont étrangères, l'analyse des urines n'a pu être faite au point de vue spécial de l'élimination du plomb.

L'examen du sang (Dr Raynaud) donne les renseignements suivants :

Hématies : 2.800.000.

Globules blancs : 10.000.

Polynucléaires : 70 p. 100.

Mononucléaires : 50 p. 100.

Lymphocytes : 20 p. 100.

Nombreuses hématies granuleuses.

Comme la famille hésite à accepter le sacrifice complet du membre, on incise l'avant-bras sur toute sa longueur, et sur ses deux faces, après anesthésie locale, pour essayer d'enlever au moins une partie de la charge toxique.

Bande d'Esmarch : la peau épaissie est doublée d'un tissu cellulaire profondément modifié : confondu avec l'aponévrose, il forme une couche blanchâtre, épaisse de près d'un centimètre, dense, fibreuse, criant sous le bistouri, et emprisonnant si solidement les grains de plomb qu'il faut user de la curette pour les déloger. Les couches musculaires, par contre, présentent une coloration verdâtre uniforme, telle qu'on les dirait sorties d'une macération colorée. Elles se déchirent, s'effritent sous le doigt, comme brûlées par le contact d'un caustique : une pression légère le long de l'espace interrosseux suffirait à dépouiller le squelette de ses insertions musculaires. Les plombs, noirâtres, irréguliers, déchiquetés, sont enlevés un à un, ou par paquets, et il s'écoule de cette large plaie une sérosité verdâtre, teintée de sang.

Pour éviter que ces manœuvres ne favorisent une résorption massive de toxique on laisse en place la bande d'Esmarch, et on se borne à tamponner, sans suturer.

Dans la nuit, six heures plus tard, le malade est pris de vives coliques, de vomissements verdâtres, et il meurt dans une syncope dix heures après cette brève intervention. — L'autopsie n'a pu être faite.

Ainsi cette histoire, si rapidement, si tragiquement terminée, se déroule en deux phases : dans les douze premiers jours, du

22 avril au 4 mai, le gonflement du membre augmente progressivement, le blessé s'alimente bien et ne se plaint d'aucun malaise : la grosse perte de sang subie après l'accident explique amplement un léger degré de pâleur.

A partir du 4 mai, la scène change : céphalée, insomnie, vertiges, anorexie apparaissent, en même temps que le teint devient cireux, que les traits se tirent : symptômes suspects qui coïncident précisément avec le moment où le gonflement du membre diminue, comme si la résorption rapide du liquide resté en contact avec le plomb avait brusquement lancé dans la circulation une dose massive de poison.

L'intoxication se fait si brutalement qu'aucun de ses symptômes coutumiers n'a le temps d'apparaître : ni liséré, ni coliques, ni troubles nerveux : la mort survient trente-six jours après l'accident, vingt-cinq jours après l'apparition des premiers indices de déglobulisation, avec une rapidité dont l'histoire de ce mode d'intoxication ne nous offre pas d'exemple.

Il y a, dans la littérature, neuf observations d'intoxication saturnine, liée à la présence dans les tissus de corps étrangers métalliques.

De ces neufs observations, la première appartient à Bonvin; elle date de 1864; la plus récente a été communiquée à la Société médicale des hôpitaux de Paris en Juin 1911, par MM. Ribierre et Flandin, qui en ont fait l'objet d'un travail documenté.

Toutes ces observations sont superposables, en ce sens que dans aucune la réalité de l'intoxication ne peut être mise en doute, et que dans toutes cette intoxication est manifestement liée à la présence de plomb métallique dans les tissus.

Elles nous montrent que la marche des accidents varie suivant les cas, suivant qu'il s'agit de projectiles uniques ou multiples.

Dans le fait de Küster et Lewin, dans celui de Choyau, le projectile est unique : il s'agit d'une balle : l'intoxication se produit très tardivement : après dix-huit ans dans le premier cas, après deux ans dans le second. Dans d'autres cas, une charge de petits plombs est en cause : les accidents sont précoces : ils se manifestent de la troisième à la seizième semaine qui suit l'accident.

La lecture de ces observations, la notion de l'innocuité fréquente du plomb séjournant dans les tissus, nous conduisaient à penser que, chez notre malade, le traitement médical suffirait à atténuer, ou à retarder des accidents que nous ne pouvions considérer comme très prochains. L'apparente intégrité de cet avant-bras, dont la forme était conservée, nous laissait, d'autre part, l'espoir d'une restauration fonctionnelle au moins partielle et nous avions quelque hésitation à sacrifier précocement, et complètement la moitié du membre supérieur chez ce garçon de 15 ans, jusque là très vigoureux.

Nous avouons avoir été surpris par l'allure rapide de l'intoxication, et nous attirons l'attention sur la valeur diagnostique et pronostique de l'anémie, dans les cas de ce genre.

Toujours accompagnée d'un amaigrissement rapide, et considérable, l'anémie saturnine traduit de graves altérations sanguines : les globules rouges sont détruits en masse, leur nombre diminue en même temps qu'apparaissent des hématies nucléées et des globules blancs quelquefois si nombreux, qu'on a pu croire à une leucémie.

Les globules vivants se présentent irréguliers, crénelés, augmentés de volume, difficilement colorables, et quelques-uns d'entre eux contiennent des granulations basophiles qui leur ont valu le nom d'hématies ponctuées. Ces hématies ponctuées, décrites par Grawitz et Sabrazès, faisaient défaut dans le cas de Ribierre et Flandin; chez notre malade, elles étaient particulièrement nettes et nombreuses : elles possèdent une valeur diagnostique d'autant plus grande, que souvent, et pendant longtemps, l'anémie traduit seule la toxicité du plomb retenu dans les tissus; dans le cas de Choyau, cette anémie se prolonge dix-huit mois : le diagnostic n'est fait qu'à l'apparition de coliques caractéristiques : intense dans notre cas, elle a été le symptôme dominant de cette intoxication massive : accompagnée de céphalée, d'insomnie, et d'une constipation légère, apparue très tardivement.

Quelques heures seulement avant la mort ont éclaté ces crises douloureuses abdominales, qui, dans la majorité des cas semblent avoir été les symptômes révélateurs; dans cinq des observations rapportées plus haut, les coliques sont, en effet, notées comme accidents initiaux.

Le liseré gingival, souvent observé, a constamment fait défaut chez notre malade; on sait d'ailleurs qu'il est capable de n'apparaître que par intermittences dans le cours d'une intoxication.

Les troubles nerveux, précoces, et caractéristiques, chez le malade de Ribierre et Flandin, n'ont évolué que très lentement chez celui de Lewin.

L'examen des urines a été pratiqué deux fois : positif dans le cas de Lewin, il a été négatif dans celui de Ribierre et Flandin.

C'est en définitive à l'état du sang, aux symptômes d'anémie, que l'on demandera les indications les plus précoces, et les plus sûres; mais la nature même, et le siège du traumatisme fourniront, dès le début, de précieux renseignements.

Il semble établi (Lewin) que l'intoxication saturnine à la suite de coups de feu exige, pour se réaliser, des conditions particulières, et qui tiennent, les unes à la forme même du projectile, les autres à la nature du tissu au sein duquel il a pénétré; l'apparition des accidents serait étroitement liée à la petitesse, et au nombre des projectiles : la petitesse des particules métalliques favorisant au maximum leur altération par les liquides organiques, et leur transformation en *hydrocarbonates*, condition première de leur résorption.

La vascularisation de la région traumatisée aurait, en outre, une influence directe sur la rapidité et l'intensité de cette résorption.

Chez le malade de Ribierre et Flandin, la charge se loge dans le poumon; la vascularisation sanguine et lymphatique de ce parenchyme justifie la gravité des accidents consécutifs.

Chez les autres blessés, le traumatisme intéresse des régions musculaires : l'avant-bras, l'épaule, la jambe, le cou; il en était de même chez notre malade, et nos constatations opératoires nous paraissent corroborer les notions admises, en montrant combien diffèrent les lésions du tissu sous-cutané, peu vascularisé, et les lésions des couches profondes, vascularisées; dans le tissu cellulaire superficiel une sclérose intense emprisonne les grains de plomb dans une gangue épaisse et nacrée; le tissu musculaire, au contraire, ne présente aucune réaction de défense : les particules métalliques sont au contact direct des fibres et des vaisseaux, et l'on conçoit combien a pu être rapide la solubilisation, et la résorption du métal.

L'intoxication paraît se réaliser volontiers aussi, lorsque le projectile se loge dans le tissu osseux. MM. Ribierre et Flandin ont tendance à admettre que la suppuration joue un rôle dans l'éclosion des accidents; d'élégantes expériences leur ont permis de mettre en évidence des leucocytes plombifères dans le pus d'une fistule; on ne peut manquer de faire remarquer que la suppuration tardive autour de balles de plomb est fréquemment observée, et que des accidents d'intoxication n'ont jusqu'à présent été signalés par aucun de ceux qui ont eu à les traiter.

Nous pensons que, chez notre malade, l'œdème énorme qui a suivi le traumatisme a facilité et hâté la solubilisation du métal, et que sa résorption rapide a réalisé une intoxication massive et brutale.

De cette revue rapide des accidents consécutifs aux coups de feu par armes de chasse, quelques conclusions se dégagent, qui sont de nature à modifier nos habitudes pronostiques, et notre conduite thérapeutique dans les cas de ce genre.

Un projectile unique et volumineux peut être parfaitement toléré, ne jamais déterminer d'accidents, ou n'en provoquer qu'à échéance très lointaine; son extraction ne s'impose donc pas précoce et hâtive, mais il faudra savoir agir vite aux premières menaces d'intoxication.

L'observation de notre malade montre à quelles difficultés on se heurte lorsqu'une charge de petits plombs est en cause; disséminée dans une région vascularisée, sur toute la longueur d'un membre.

Le *pronostic*, en pareil cas, se tire, *non seulement de la quantité de plomb retenue dans les tissus, mais encore de la vascularisation de la région, du degré et du volume de l'œdème*, à la faveur duquel se fait la solubilisation du métal.

L'examen du sang sera donc systématiquement pratiqué : la constatation d'une déglobulisation à marche rapide conduira à une intervention précoce; l'impossibilité à peu près complète d'enlever la totalité ou la plus grande partie des projectiles, le danger d'une résorption brusque et massive de liquide toxique au cours des manœuvres d'extraction, devront souvent conduire au sacrifice complet de la région traumatisée : notre observation montre qu'il faut savoir ne pas attendre pour prendre et imposer cette grave décision.

DEUX CAS DE RHUMATISME TUBERCULEUX POLYARTICULAIRE AVEC LOCALISATIONS VERTÉBRALES. ARTHRITES CERVICALES AIGUES, SUIVIES L'UNE DE LUXATION PATHOLOGIQUE, L'AUTRE DE MAL DE POTT.

En collaboration avec M. le Professeur Curtillet, *in Rev. d'Orthopédie*, 1er Sept. 1911, p. 385.



Fig. 1. — Arthite cervicale aiguë, dislocante, d'allure rhumatismale et de nature bacillaire.

A propos de deux enfants qui, au cours d'un rhumatisme généralisé, avaient présenté des déterminations vertébrales,

terminées chez l'une par une dislocation atloïdo-æxoïdienne, chez l'autre par un mal de Pott typique, nous décrivions des *arthrites cervicales de nature tuberculeuse et d'allure inflammatoire* : arthrites aiguës ou chroniques capables ici comme ailleurs de disparaître sans laisser de traces, d'aboutir à l'ankylose, réalisant quelques-uns de ces torticolis chroniques, connus de tous, décrits par les classiques, et dont l'origine est demeurée jusqu'à présent si obscure, arthrites capables enfin de se compliquer plus ou moins tardivement de lésions osseuses, constituant les ostéo-arthrites rachidiennes dites maux de Pott. Nous insistions enfin sur la forme dislocante, que ce rhumatisme tuberculeux vertébral était susceptible de présenter.

NOTE SUR LES ARTHRITES CHRONIQUES DE L'ENFANCE PRÉCÉDÉES D'ÉTATS INFECTIEUX

Les travaux de Landouzy et de son école, les recherches de Widal, Lemierre et Abrami, ont démontré la fréquence d'états septicémiques, à l'origine de bien des affections que la clinique nous faisait considérer comme primitives. Le jour nous paraît proche où les livres de pathologie cessant de les décrire isolément, parmi les maladies d'organes, les rangeront dans un chapitre commun, celui des septicémies, chapitre immense déjà, et dont les limites iront en s'accroissant au fur et à mesure que se généralisera la pratique de l'hémoculture. A côté des septicémies aiguës, dont le pneumocoque et le bacille d'Eberth nous paraissent réaliser les plus beaux types, prendront place des septicémies subaiguës et chroniques, dont le bacille de Koch semble aujourd'hui avoir le monopole. C'est précisément contre cette monopolisation que nous voudrions nous élever.

Dans un récent article, Broca, écrivant la formule qui était « dans l'air » depuis quelque temps déjà, montre que les tuberculoses ostéo-articulaires de l'enfance doivent être considérées comme les localisations d'une bacillémie tuberculeuse : de tuberculoses locales, elles passent au rang de tuberculoses localisées.

Nul ne peut aujourd'hui contester la réalité de pareils faits, encore que le contrôle du laboratoire fasse défaut dans la plupart de ceux qui ont été publiés, mais il me semble qu'il y a peut-être quelque *exagération à dire que toute arthrite chronique, précédée d'un état infectieux, est une tumeur blanche précédée de typho-bacillose.*

Sans pouvoir aujourd'hui encore apporter à cette assertion la preuve indiscutable, tirée de faits rigoureusement contrôlés, je crois que bon nombre d'arthrites à allures chroniques, à marche lente, précédées d'états fébriles, sont des arthrites banales, précédées de septicémies banales, je veux dire non

tuberculeuses. De ces arthrites, nous connaissons déjà quelques-unes : celles qui ont été précédées d'une manifestation amygdalienne, cutanée ou viscérale, de nature caractéristique ; les autres ne seront dépistées que le jour où l'on pratiquera systématiquement l'hémoculture, dans tous les états fébriles un peu prolongés de l'enfance.

C'est pour n'avoir pu y recourir que j'apporte ici, très résumée, l'observation d'un garçon de neuf ans qui, après une fébricule de trois ou quatre jours, accusa au niveau d'un coude non traumatisé une douleur subite ; une semaine plus tard, les parents, s'inquiétant d'une impotence fonctionnelle prolongée, constatèrent la tuméfaction de la région. A ce moment (2 juillet 1910), le coude était augmenté de volume, un peu chaud à la main ; ses culs-de-sac empâtés, légèrement fluctuants, étaient douloureux à la pression, ainsi que le bord externe de l'olécrane.

Les mouvements de la jointure étaient complètement abolis, et il y avait une atrophie très marquée du triceps.

Après avoir été maintenue en appareil pendant une trentaine de jours, l'articulation, moins tuméfiée, beaucoup moins douloureuse, mais dont le cul-de-sac externe était toujours empâté, fut chaque jour massée et mobilisée. Malgré ce traitement, la jointure acheva de se sécher, en même temps qu'elle récupérait la plus grande partie de ses mouvements.

Cette arthrite subaiguë évoluant vers la guérison, malgré le massage et la mobilisation, n'était certainement pas de nature tuberculeuse. Il semble donc bien qu'à côté des synovites catarrhales suppurées de Krause, on doive admettre l'existence de synovites subaiguës et chroniques, de même nature, et capables d'en imposer pour des arthrites bacillaires.

(1910-1)

SECTION DU NERF CUBITAL CHEZ UN ENFANT. SUTURE. RÉSULTAT TROIS ANS APRÈS L'INTERVENTION.

Les résultats éloignés des sutures nerveuses méritent d'être soigneusement enregistrés. L'observation dont j'apporte aujourd'hui la relation permet de suivre les étapes successives d'une restauration nerveuse, et d'en contrôler le résultat acquis un peu moins de trois ans après l'intervention : constatations d'autant plus intéressantes qu'il s'agit d'un sujet jeune, d'un enfant, et d'un nerf important : le cubital.

Le 19 avril 1911, un garçon de douze ans, C. Vincent, de bonne santé habituelle, fait une chute malencontreuse, et sur un débris de verre se blesse profondément à la partie inférieure de l'avant-bras droit. Une heure après l'accident, la plaie est désinfectée à la teinture d'iode, puis tamponnée.

Le lendemain 20 avril, je constate que cette plaie, transversale, siège à deux doigts au-dessus du talon de la main, qu'elle part de la ligne médiane pour gagner la face dorsale de l'avant bras entamant très profondément le bord cubital de ce segment de membre; des tendons sectionnés apparaissent entre les lèvres de la blessure; l'atteinte du nerf cubital n'est pas douteuse : une anesthésie typique couvre le cinquième doigt, la moitié du quatrième; le bord interne de la main sur sa face dorsale, et sur sa face palmaire.

L'état de la sensibilité thermique n'est pas recherché : la sensibilité à la pression paraît diminuée; la main présente l'attitude classique de la griffe cubitale.

Opération. Une incision longitudinale découvre le nerf cubital complètement sectionné : les deux bouts qui sont distants de plus de 1 centimètre, sont maintenus en contact par deux catguts longitudinaux, passés sur deux fils d'appui circulaires. La restauration des tendons voisins est suivie de suture de la peau : un petit drain est placé à la partie interne de la plaie traumatique; la main fléchie sur l'avant-bras est immobilisée dans un appareil plâtré.

20 *mai.* La cicatrisation s'est faite par première intention sans

trace de suppuration. Le drain a été enlevé le dixième jour après l'intervention.

L'étendue de la zone anesthésiée est aussi large qu'au premier jour; l'atrophie des muscles interosseux devient évidente.

On supprime l'appareil plâtré, et on commence un traitement électrique. Le malade quitte l'hôpital.

22 *juin*. La sensibilité reparaît dans la plus grande partie du territoire du cubital : la partie la plus interne de la face palmaire de la main est encore hypoesthésiée. L'atrophie des interosseux paraît s'être accentuée. La main conserve l'attitude en griffe.

Des séances régulières d'électrisation ne sont faites que pendant les mois de juin et de juillet, puis le malade interrompt son traitement, pour ne le reprendre que par intermittences jusqu'en février 1912.

A partir de cette époque, il fut perdu de vue jusqu'au mois d'*avril* 1913. A ce moment, il exerce la profession de menuisier, et se sert parfaitement de sa main droite.

Il faut un examen attentif pour dépister une légère différence entre la saillie de l'éminence hypothénar du côté sain, et celle de l'éminence du côté opéré; sur la face dorsale de la main, il y a comme une ébauche de dépression inter-métacarpienne.

Le tégument ne présente aucune altération d'ordre trophique; la sensibilité est parfaite dans le domaine du cubital. Les muscles interosseux paraissent avoir récupéré leur vitalité, la force musculaire de cette main droite est d'ailleurs de beaucoup supérieure à celle de la main gauche. L'attitude en griffe a complètement disparu.

La radiographie montre l'intégrité du squelette, les métacarpiens, les phalanges ne sont modifiés ni dans leur forme, ni dans leur longueur : leur opacité ne paraît pas diminuée, leurs cartilages de conjugaison ne présentent rien de particulier.

Examen électrique. La recherche des réactions électriques pratiquée au laboratoire de radiologie de l'hôpital de Mustapha, par M. le docteur Raoust, a fourni les résultats suivants :

Au faradique tous les muscles du domaine du cubital répondent, mais il y a de l'hypoexcitabilité des interosseux, des III[e] et IV[e] lombricaux, de l'adducteur et du court fléchisseur du petit doigt.

Au galvanique il y a également de l'hypoexcitabilité : le seuil de la réaction s'obtient avec 15 milliampères alors que du côté sain 10 milliampères suffisent.

Pas d'ébauche de réaction de dégénérescence.

Janvier 1914. Cliniquement la guérison paraît complète : il faut être prévenu de l'existence d'une lésion nerveuse pour découvrir entre le volume, la consistance des deux éminences hypothénar une

très minime différence, pour constater une réduction de l'amplitude des mouvements commandés par les interosseux, les derniers lombricaux, le court fléchisseur, et l'adducteur du petit doigt.

L'examen des réactions électriques met en évidence une hypoexcitabilité nette mais légère au faradique et au galvanique, des muscles innervés par le cubital.

Ainsi, chez un garçon de douze ans, le nerf cubital sectionné au niveau du poignet est suturé vingt-quatre heures après le traumatisme, *le foyer opératoire demeure parfaitement aseptique* : les fibres sensibles se réparent dans les délais classiques : le retour de la sensibilité cutanée est constaté entre le deuxième et le troisième mois; les fibres motrices se régénèrent avec une si grande lenteur que *trente-quatre mois après l'intervention*, on peut mettre en évidence l'hypoexcitabilité de leur territoire.

On sait depuis longtemps la difficulté, la lenteur avec lesquelles se régénère le nerf cubital, et l'on admet qu'un délai d'un an est nécessaire au retour complet de ses fonctions.

L'observation que je viens de résumer montre que trois ans après une suture pratiquée dans les meilleures conditions, la restauration nerveuse est encore imparfaite.



LA LEISHMANIOSE A ALGER
INFECTION SIMULTANÉE D'UN ENFANT, D'UN CHIEN ET D'UN CHAT DANS LA MÊME HABITATION

En collaboration avec MM. Ed. et Et. Sergent et Quilichini, in *Bulletin de la Soc. de Pathol. exotique*, T. V, n° 2, 1912.

Après la découverte, par Laveran, du parasite du Kala-Azar en Tunisie, les beaux travaux de Charles Nicolle et de ses collaborateurs ont montré l'extension de cette infection dans la Régence, ont enrichi nos connaissances sur cette maladie et ont, de plus, démontré l'existence d'une leishmaniose canine dans les localités où sévit la leishmaniose infantile. C. Nicolle a émis l'hypothèse de l'identité de ces deux maladies. Depuis lors, les deux leishmanioses ont été retrouvées sur presque toutes les côtes des deux Méditerranées orientale et occidentale. Des expériences de C. Basile plaident en faveur d'une hypothèse de C. Nicolle sur le rôle joué par les Puces (*serraticeps* et *irritans*) dans la propagation de la maladie du chien à l'homme, de l'homme à l'homme, de l'homme au chien et du chien au chien.

L'existence des leishmaniose a été recherchée en Algérie comme dans les autres pays méditerranéens.

L'observation que nous rapportons ci-dessous est la 2e algérienne et la 1re algéroise de Kala-Azar infantile, diagnostiqué par les méthodes de laboratoire.

Il s'agit d'une petite Espagnole née et ayant toujours habité dans la banlieue immédiate d'Alger, présentant une fièvre irrégulière, un ventre ballonné, une grosse rate, un gros foie, une grande pâleur de la face et de l'enflure des membres inférieurs. Le diagnostic de Kala-Azar vint à l'esprit de deux d'entre nous. Nous devons ajouter que ce diagnostic fut aussi soupçonné, indépendamment de nous, par M. le Prof. Crespin, dans le service de qui la petite malade avait été placée en subsistance. Nous pûmes pratiquer à plusieurs reprises l'examen microscopique de la pulpe de rate, et constater chaque fois la présence de

nombreuses *Leishmania*. Dans la même maison, un chien et un chat sont également infectés de leishmaniose (1).

Observation clinique. — Le père, trente ans, n'a jamais été malade. Il n'a point d'habitudes alcooliques et n'a jamais contracté la syphilis. La mère, trente-cinq ans, ne présente rien de particulier à signaler dans ses antécédents. Mariés en 1906, à leur arrivée d'Espagne, ils se sont fixés au Frais-Vallon, aux environs d'Alger. Ils n'ont, depuis lors, jamais changé de domicile.

Leur premier enfant, aujourd'hui âgé de 4 ans, est en bonne santé. Le second est celui qui fait l'objet de cette observation.

C'est une petite fille née à terme en juillet 1909, nourrie au sein jusqu'en septembre 1911 et qui, sevrée à cette époque, n'a présenté que par intermittence, des troubles intestinaux d'ailleurs légers.

Le début de la maladie actuelle remonte au mois de juillet 1911. Insidieusement, sans avoir présenté des phénomènes généraux bien inquiétants, l'enfant devint grognon, perdit ses belles couleurs, puis s'amaigrit. Comme l'appétit était conservé, souvent même exagéré, les digestions régulières, comme il n'y avait à aucun moment d'agitation ou d'abattement marqué, les parents n'attachèrent point d'importance à des poussées fébriles qui semblent avoir été irrégulières et dont ils ont gardé le souvenir. Pendant les mois suivants ; août, septembre, octobre et novembre, la pâleur des téguments et l'amaigrissement allèrent en s'accentuant. Cependant, l'appétit prenait les proportions d'une véritable boulimie et la régularité des selles n'était troublée qu'à deux ou trois reprises par des crises diarrhéiques disparaissant spontanément au bout de quelques jours.

Le 5 décembre 1911, l'enfant fut conduite à l'un de nous. Très amaigrie avec un teint jaune cireux, légèrement subictérique, elle présentait un ventre volumineux sans circulation complémentaire, sans ascite et dans lequel on percevait nettement la rate hypertrophiée. — Le foie était également augmenté de volume, la langue était humide non saburrale, les gencives saines, l'appétit exagéré, la digestion se faisait régulièrement.

L'auscultation du poumon, celle du cœur ne décelait rien d'anormal. Les urines foncées en couleur ne contenaient ni sucre, ni albumine, ni pigments biliaires. Enfin, on ne trouvait aucune trace d'hypertrophie ganglionnaire. La température, très élevée, oscillait autour de 40°, mais il n'y avait point d'insomnie, point de prostration ni de délire.

(1) Nous rappelons que C. Basile a déjà signalé dans un cas la coexistence de la leishmaniose chez un enfant et chez un chien dans la même habitation.

Immédiatement fut institué un traitement quinique intensif (chlorhydrate; puis formiate de quinine à la dose journalière de 0,30 pendant trois jours consécutifs).

L'échec de ce traitement, renouvelé plusieurs fois, associé à la prise de liqueur de Fowler, fit éliminer le premier diagnostic porté : celui de paludisme.

Le 28 décembre, l'enfant entrait à l'hôpital de Mustapha.

28 décembre. — L'enfant, très amaigrie, aux chairs flasques, présente un teint jaune paille très accentué. Il n'y a point de subictère, mais les conjonctives sont complètement décolorées, les lèvres sont pâles, les oreilles presque transparentes. Sur la joue droite, une ulcération large comme un franc a succédé depuis plusieurs jours à une petite vésicule détruite par le grattage. Cette ulcération, tout à fait superficielle, laisse suinter un liquide séro-gommeux. Au niveau de la commissure labiale gauche, une croûte noirâtre, large à peu près comme une pièce de 50 centimes, est entourée d'une auréole rougeâtre très étroite.

Le ventre est gros, légèrement ballonné sans traces de circulation complémentaire. Au niveau des pieds et de la partie inférieure des jambes, on constate un certain degré d'œdème mollasse, surtout marqué le soir. — A la face externe de la cuisse droite, une tuméfaction du volume d'un œuf, apparue spontanément, est recouverte d'une peau saine : ponctionnée, elle n'a donné issue qu'à du sang.

La palpation de l'abdomen permet de constater une hypertrophie notable de la rate : le pôle inférieur de cet organe descend jusqu'à deux doigts de la crête iliaque : son bord antérieur, avec les incisures caractéristiques, arrive jusqu'au niveau du bord externe du grand droit. Son pôle supérieur remonte jusqu'au sixième espace intercostal. La surface de l'organe est lisse et régulière, sa consistance ferme, sa mobilité est très nette.

Le foie est légèrement hypertrophié. Il ne paraît pas douloureux à la pression. Sa surface, son bord antérieur présentent leurs caractères habituels.

La cavité péritonéale ne renferme pas de liquide.

Au cœur, le premier bruit est légèrement assourdi et suivi d'un souffle méso-systolique.

L'examen de la poitrine montre l'intégrité des plèvres et la présence d'un râle discret de bronchite. Nulle part, de souffle, de foyer congestif. Il n'y a pas de ganglions intertrachéo-bronchiques.

La langue est humide, non saburrale. La dentition ne présente aucune anomalie. Les gencives sont saines.

Dans l'arrière-gorge, les amygdales sont légèrement hypertrophiées.

L'appétit est conservé. A certaines heures même, il parait exagéré.

Les selles sont normales d'aspect et de consistance.

Notre collaborateur, M. Musso, a bien voulu faire une analyse des urines qui a donné les résultats suivants :

Aspect	trouble.
Couleur	jaune clair.
Densité	1006.
Réaction	neutre.
Urée	3 gr. 80 par litre.
Acide urique et prod. xanthiques .	0 gr. 31 par litre.
Chlorures en Cl	3 gr. 80 par litre.
Phosphates en P^2O^5	0 gr. 0568 par litre.
Sucre	0
Albumine	0
Examen microscopique	quelques cellules épithéliales

Le jour même de l'entrée à l'hôpital, on pratique une ponction de la rate hypertrophiée et les frottis des fragments de pulpe splénique contiennent des *Leishmania* nombreuses et caractéristiques.

15 janvier 1912. Quatre ulcérations présentant les mêmes caractères que celles qui siègent sur la joue sont apparues ces jours derniers à peu près simultanément sur la face externe de l'avant-bras droit.

20 janvier. Nouvelle ulcération sur la main gauche. Toutes ces lésions débutent de la même façon par une petite vésicule rapidement détruite par le grattage.

4 février. L'enfant est revue aujourd'hui.

Son état général a encore décliné. Elle présente toujours de l'œdème des membres inférieurs. Sa rate ne paraît pas avoir subi une nouvelle augmentation de volume. Il n'y a toujours pas d'ascite.

L'hypertrophie légère du foie ne s'est pas accentuée. Les ulcérations du visage sont complètement guéries. Celles qui siégeaient sur l'avant-bras droit sont en voie de disparition. Celles qui occupaient le dos de la main gauche ont complètement disparu.

*
* *

Recherches microbiologiques. — Les examens microscopiques de la pulpe splénique, retirée par ponction avec une aiguille fine, montrent l'existence de *Leishmania* nombreuses, le 28 décembre 1911, et, à 3 reprises, durant le mois de janvier 1912.

Le 18 janvier, quelques gouttelettees de pulpe splénique sont inoculées dans le péritoine d'un chien bien portant, chez qui une ponction effective du foie faite au préalable n'avait pas montré de parasites.

Le 8 janvier, des traces de pulpe splénique sont ensemencées en milieu NNN, où elles donnent des cultures caractéristiques (3e passage au 8 février 1912).

L'examen du sang périphérique de la malade ne montra pas de *Leishmania*. Nous avons noté les formules leucocytaires ci-dessous, en janvier et en février 1912.

Basophiles	0	0
Eosinophiles	0	0
Myélocytes	1	1
Métamyélocytes	2	3
Noyaux boudinés	10,6	4
Noyaux segmentés	0	1
Lymphocytes vrais petits	78,6	81
Lymphocytes vrais grands	8	0
Lymphocytes leucocytoïdes	0	3
Lympholeucocytes	0,8	7

Il y a donc déviation à gauche de la formule d'Arneth, et énorme augmentation du nombre des lymphocytes vrais petits.

L'examen des ulcérations et du pourtour des ulcérations du visage n'a pas montré de *Leishmania*.

Recherches épidémiologiques. — L'enfant malade est née et a toujours habité dans la même petite maison isolée de cultivateurs espagnols, sur le flanc d'un des profonds ravins qui descendent du mont Bouzaréa à la mer, à peu de distance des premières maisons des faubourgs d'Alger. Elle jouait, comme font tous les enfants, avec les deux chiens de la maison. L'un de ceux-ci y a été introduit tout jeune, il y a 3 ans; il avait été trouvé sur la route à quelques centaines de mètres. Il a toujours vécu enchaîné dans sa ferme depuis 3 ans. Depuis un an, environ, il paraissait souffrant, maigrissait, présentait de l'inappétence, du pica et de la diarrhée (évacuations noirâtres), ainsi que de l'alopécie. En raison de cet état maladif, qui empirait durant l'été, il fut sacrifié en automne 1911.

Le second chien a été amené tout jeune dans la ferme, il y a un an; il provient d'une ferme du voisinage. Il vit constamment enchaîné sous un caroubier, à 10 mètres de la ferme. Il a commencé à être malade en été 1911 (comme l'enfant). Le principal symptôme est la maigreur. Nous constatons également l'enflure du bout du nez. Ce chien est endormi au chloroforme le 9 janvier 1912. Une ponction du fémur montre quelques macrophages

bourrés de *Leishmania*. Des parasites plus rares sont vus dans le produit de la ponction du foie. L'ensemencement en milieu NNN de 10 centimètres cubes de sang d'une veine de la jambe ne donne lieu à aucune culture.

Enfin, dans la même ferme, existe un petit chat de 4 mois environ qui est sacrifié le 5 février 1912 : nous voyons dans la moelle osseuse du fémur de très rares *Leishmania* extraglobulaires.

*
* *

Ainsi donc, nous trouvons dans une même maison *isolée* un enfant de deux ans et demi, un chien de 2 ans, constamment à l'attache, et un chat de 4 mois, atteints de leishmanioses indifférenciables par la morphologie des parasites.

En raison de leur jeune âge, de leur genre de vie, de l'isolcment de la maison, on peut dire que ces trois êtres se sont sûrement infectés, à la même époque, dans le cadre étroit de cette petite ferme. L'existence dans la même ferme, et dans des conditions de complète cohabitation, d'un chien de garde qui était malade depuis plus d'un an, suggère l'idée que c'est cc chien qui a infecté, au printemps 1911, l'enfant, le 2e chien et le chat.

Institut Pasteur d'Algérie.

CHOC TRAUMATIQUE

Dès mon arrivée à l'Ambulance de la Division marocaine, je m'efforçais de rechercher les causes multiples des états que nous étiquetions choc traumatique. Dans un court mémoire rédigé en collaboration avec mon médecin-chef le Dr Monéry (Janv. 1918), nous cherchions à préciser la nature des faits que nous avions observés. Nous séparions aisément du choc les états d'anémie aiguë et d'infection caractérisée, mais nous ne nous étions pas encore trouvés en présence de cas relevant nettement d'une intoxication par destruction tissulaire aseptique. Le fait que j'attendais se présentait à mon observation quelques mois plus tard, et dans des conditions qui lui donnaient la valeur d'une expérience décisive.

Il paraissait pouvoir être interprété comme une démonstration frappante de la réalité de ces phénomènes purement toxiques sur la nature, la fréquence, et la gravité desquels MM. les Professeurs Quénu et Pierre Delbet appelaient depuis quelque temps l'attention.

Voici l'observation que M. le Professeur agrégé Lenormant a bien voulu présenter en mon nom à la *Société de Chirurgie*:

Un soldat de 20 ans, vigoureux, remarquablement bien musclé, est blessé le 20 juillet 1918 à 4 heures du matin, après deux jours de fatigues et de combats : une balle de mitrailleuse lui brise le bras gauche; l'hémorragie qui se produit est, *séance tenante*, arrêtée par l'application d'un garrot élastique.

Le blessé part, à pied, vers un poste d'évacuation : pris sous des tirs de barrage, il s'arrête, s'égare, et finalement arrive à l'Ambulance à 9 heures du soir, à la salle d'opérations à 11 heures : il y entre debout, causant, racontant ses mésaventures du matin, et tenant de sa main saine son avant-bras gauche fléchi, collé au corps.

Le visage est sans altération, la voix bien timbrée; l'homme monte sans aide sur la table d'opérations.

La racine du bras gauche est enserrée par trois tours d'un tube élastique, appliqué après extrême tension, et maintenu par un crochet

métallique. — Entre des tissus qui paraissent sains ce garrot plonge jusqu'à l'humérus, au contact immédiat duquel il paraît appliqué.

Au-dessous de lui le membre est blanc, décoloré. La peau fine, souple, sans œdème, sans marbrure, sans ecchymose, glisse sur les plans profonds, et dessine le relief des tendons et de masses musculaires volumineuses. A la face postérieure du bras, au tiers supérieur du membre, un peu en dedans de la ligne médiane, un orifice à bords nets marque l'entrée d'un petit projectile; à la hauteur du coude, en bas de l'olécrâne, l'orifice de sortie est légèrement éclaté.

Le membre est rigide : les muscles, ceux du bras, ceux de l'avant-bras, ceux de la main, sont d'une dureté de bois; leur volume n'est pas augmenté; autour d'eux nul œdème, nulle infiltration; on les palpe aussi aisément que ceux du côté sain; on les dirait fixés par une injection conservatrice.

L'avant-bras fléchi sur le bras, les doigts rétractés dans la main, opposent aux tentatives d'extension une invincible résistance. Le contact, la piqûre, la pression profonde, rien n'est perçu au niveau de ce membre.

On enlève le garrot : le pouls reparaît plein, vibrant. Après quelques instants, une rougeur diffuse couvre le tégument depuis l'épaule jusqu'aux doigts.

Rapidement on débride le trajet du projectile : l'humérale profonde saigne en jet, le nerf radial est rompu, l'humérus largement fracturé. Le triceps compact, ferme à la coupe, forme un bloc homogène de coloration brune; de sa tranche vitreuse aucun liquide ne s'écoule : pas une goutte de sérosité, pas une goutte de sang. Autour de lui le tissu cellulaire paraît absolument intact : il ne présente pas trace d'infiltration séreuse; tissu cellulaire et tissu osseux saignent abondamment.

L'humérale profonde est liée, et je décide d'attendre quelques heures avant de sacrifier ce membre inutilisable, en surveillant étroitement le blessé, reporté dans son lit à 11 h. 30.

A 4 heures du matin, je le retrouve absolument méconnaissable : visage émacié, traits tirés, teint plombé, les yeux cernés, les lèvres desséchées, la voix cassée : il est anxieux, agité, dyspnéique, subconscient; il vomit, et ces vomissements vont croissant en fréquence et en abondance : verdâtres, porracés, ils s'accompagnent de selles liquides, fétides, noirâtres, qui partent en fusées. Le pouls petit, rapide, fuit sous le doigt; le corps se couvre de sueurs froides. L'avant-bras est sec, comme momifié; le moignon de l'épaule légèrement tuméfié. — Séance tenante, on fait une amputation intra-deltoïdienne ultra-rapide.

Trois jours plus tard le blessé est évacué en parfait état.

L'interprétation de ce cas ne saurait prêter à discussion : lors de l'intervention, les tissus ne présentaient aucune trace de réaction septique et la brusquerie d'éclosion, la rapidité de développement des accidents qui étaient à leur maximum quatre heures après la levée du garrot excluent la possibilité d'une infection. Il s'agit bien ici de phénomènes toxiques. L'arrêt brusque et total de la circulation provoque la mort des muscles fatigués, rapidement frappés de rigidité. L'organisme, cependant, tolère ce membre qui lui est devenu totalement étranger, ce cadavre à son contact. Mais la barrière est levée, la circulation se rétablit; sans entraves et sans arrêt, elle entraîne tous les produits de désintégration cellulaire; l'organisme sidéré par une dose massive de poison arrive, en moins de trois heures, aux limites de sa résistance. L'intoxication évolue avec les allures d'un choléra suraigu; l'amputation pratiquée à la quatrième heure jugule les accidents : libéré du foyer toxique, l'organisme élimine rapidement le poison circulant.

La cure solaire des tuberculoses chirurgicales à Alger Technique et résultat.

En collaboration avec M. le Professeur Curtillet, *in Rev. Méd. d'Alger*. Juin 1914.

En juin 1914, nous apportions avec M. le Professeur Curtillet, les résultats que nous avait fournis la pratique systématique de l'Héliothérapie dans la cure des tuberculoses chirurgicales. Après avoir décrit notre installation, exposé notre technique, nous insistions sur la nécessité d'une héliothérapie non pas locale mais générale, soigneusement surveillée, longtemps prolongée, et qui ne doit jamais faire oublier l'orthopédie.

Péri-arthrites à pneumocoques chez les enfants.

En collaboration avec M. le Professeur Curtillet.
in Bull. Soc. d'Obstétrique et Gynécol.

En nous basant sur deux observations, nous décrivions les suppurations péri-articulaires, les hygromas suppurés, dûs au pneumocoque et que l'on observe avec une certaine fréquence chez les enfants, particulièrement chez les tout-petits.

Gangrène traumatique guérie par l'air chaud.

En collaboration avec M. le Professeur Curtillet. Communic. à la *Soc. de Méd. d'Alger.* Février 1914.

Kystes hydatiques observés chez l'enfant à Alger.

Collaboration à la *Thèse* d'Alberti, Alger, 1913.

Plombage des cavités osseuses.

Collaboration à la *Thèse* de Marguerie. Alger, 1912.

Tétanos anormal. Guérison après injections massives de sérum antitétanique.

En collaboration avec M. le Professeur Curtillet. Communic. à la *Soc. de Chirurgie*, 1913.

Phlegmons parostaux.

Collaboration à la *Thèse de* Chaouat (Alger, 1919), résumant l'enseignement de mon maître, M. le Professeur Curtillet.

A côté des ostéomyélites et des périostites aiguës, il existe des collections suppurées à marche aiguë, qui siègent à la face externe du périoste macroscopiquement intact. Phlegmons parostaux dont la connaissance évitera l'ouverture systématique du périoste qui n'est ni décollé, ni perforé, et l'ensemencement post-opératoire des espaces sous-périostiques susceptible d'entraîner les accidents les plus graves.

Septicémie à streptocoques consécutive à une plaie de l'artère humérale par coup de couteau. Injections de sérum anti-streptococcique. Guérison.

Communic. à la *Soc. de Méd. d'Alger*. Novembre 1913.

Tuberculose osseuse à foyers multiples. Septicémie tuberculeuse. Tuberculose pulmonaire terminale.

Communic. à la *Soc. de Médecine d'Alger*. Novembre 1912.

CHIRURGIE DU CRANE ET DU RACHIS

Un cas de kyste hydatique du cerveau. Opération en deux temps. — Guérison.

In Journal de Chirurgie, 1920, n° 2.

Le kyste hydatique du cerveau est une lésion rare : exceptionnel en France, en Europe, il a été surtout observé et décrit par les chirurgiens du Nouveau Monde. J'ai eu récemment occasion d'examiner et de suivre un Arabe chez lequel des signes évidents de tumeur cérébrale commandaient l'intervention : l'évolution de l'affection permettait de songer à la possibilité d'une lésion echinococcique. Une craniectomie temporaire me permit, après décompression du cerveau, de découvrir et d'enlever un kyste hydatique du volume d'une très grosse orange logé dans la profondeur de l'hémisphère gauche. La guérison opératoire se maintient depuis plus de six mois. Les troubles fonctionnels ont disparu en partie.

A propos de cette observation, j'ai réuni 175 cas d'echinococcose cérébrale parmi lesquels 58 seulement ont été opérés, 7 en Europe, les autres en Amérique ou en Australie.

Voici la relation du fait qui m'est personnel, et qui est à ma connaissance, le **premier cas français d'echinococcose cérébrale opératoirement traité.**

Il concerne un Arabe de 25 ans (1), entré à l'hôpital en Novembre 1918 avec le diagnostic d'hémiplégie et de cécité.

Les accidents datent de plusieurs mois : ils ont débuté par une parésie progressive du membre supérieur droit accompagnée de diminution de la vision de l'œil gauche. Le membre supérieur droit se paralyse, la vision de l'œil gauche disparaît; la vision de l'œil droit diminue ; puis disparaît, le membre infé-

(1) Observation très résumée, voir *Journal de Chirurgie* 1920, numéro de Mars.

rieur droit se prend à son tour. Cependant il n'y a ni céphalée, ni vertiges, ni vomissements, ni crises convulsives.

Je vois le malade en Février 1919 : la cécité est absolue, l'hémiplégie droite à peu près complète, flasque et accompagnée d'une atrophie musculaire manifeste, avec grosse hypotonie. La paralysie est plus marquée au membre supérieur qu'au membre inférieur : quelques contractions persistent dans les muscles de la cuisse et de la fesse. Les réflexes sont abolis. Il y a des troubles marqués de la sensibilité superficielle, tactile, douloureuse, thermique ; une disparition à peu près complète de la sensibilité profonde, avec astéréognosie et perte de la notion de position des membres paralysés.

L'examen de fond d'œil montre de l'atrophie optique bilatérale, consécutive à la stase papillaire et plus marquée à gauche qu'à droite.

Audition, odorat, goût, paraissent conservés : aucune paralysie dans le domaine des nerfs craniens. L'intelligence paraît intacte, la mémoire conservée.

La ponction lombaire qui est suivie d'un coma prolongé ramène un liquide sous pression, dépourvu de tout élément cellulaire, de composition chimique normale, et dans lequel la réaction de Wassermann, la réaction de Weinberg sont négatives : l'une et l'autre réactions sont également négatives dans le sérum sanguin.

Le diagnostic de tumeur cérébrale ne me paraissant pas douteux, j'interviens le 6 Mai, avec la pensée qu'il s'agit probablement d'un kyste hydatique.

L'intervention est faite à l'anesthésie locale : je taille avec le trépan électrique un très large volet fronto-pariéto-occipital, je le fracture à sa base : la dure-mère apparaît très tendre ; je borne là cette première intervention purement décompressive ; le lambeau est rabattu.

Des circonstances indépendantes de ma volonté m'obligent à retarder le second temps jusqu'au 6 juillet.

Sous l'anesthésie locale, je rouvre la brèche cranienne : la dure-mère est incisée, découpée en un large lambeau à base supérieure : le cerveau fait hernie ; après soigneuse protection du champ opératoire, une ponction capillaire dans la région pariétale ramène un liquide clair qui s'écoule en gouttes pres-

sées : l'écoulement en est réglé : on en retire près de 100 centimètres cubes. Sur l'aiguillle conductrice, le cortex est incisé entre deux sillons : à 1 centimètre de profondeur, le bistouri arrive dans une cavité ; les lèvres de la plaie sont doucement entrebâillées : dans le fond blanchâtre, tremblotante, une membrane hydatide apparaît ; on la saisit, on l'enlève, d'un seul bloc, elle contient environ 80 centimètres cubes de liquide. Le cerveau s'affaisse. La dure-mère est suturée, la plaie cutanée refermée sans aucun drainage.

Pendant tout le cours de l'opération, le malade est demeuré parfaitement conscient : il a pâli fortement au moment de l'extraction de la poche kystique.

Les suites immédiates sont excellentes : mais au bout de 48 heures, la scène change : la température s'élève à 40° ; le malade s'agite, pris d'un délire qui rapidement devient furieux.

Après 8 jours d'hyperthermie, on constate que le lambeau osseux est soulevé, tendu ; on ponctionne à travers la ligne de suture, le siège du kyste : il en sort de l'air sous pression, puis quelques gouttes de liquide.

Le soulagement est immédiat ; progressivement, la température tombe, la guérison se fait sans incident nouveau.

Dans les mois qui suivent, on assiste à la réapparition de la motilité dans les membres supérieur et inférieur.

8 mois après l'opération, le malade a recouvré d'une façon à peu près parfaite l'usage de ses membres. La cécité demeure absolue.

A propos de ce cas, j'ai repris l'histoire de l'échinococcose cérébrale, vraiment peu fréquente en Europe : j'en ai étudié la pathogénie, l'anatomie pathologique, et rappelé la symptomatologie.

Analysant toutes les observations qui ont trait à des cas opérés, j'ai essayé de montrer que certaines morts post-opératoires étaient liées à des accidents de pneumatose kystique : l'air emprisonné dans la cavité laissée libre par l'extraction de la tumeur parasitaire, est progressivement mis en tension par un épanchement séreux ou hématique : et cet hydro-pneumokyste peut se rompre brusquement dans les cavités ventriculaires.

Je me suis efforcé d'établir les règles qui doivent guider

l'opérateur en face d'une tumeur cérébrale qui peut être de nature échinococcique : l'intervention en deux temps n'a jusqu'à ce jour été pratiquée que 3 fois : elle a donné 3 succès.

Fractures de la base du crâne.

In Vincent. — Du drainage des fractures de la base du crâne par la trépanation précoce et systématique, avec ouverture de la dure-mère, et drainage méningé (*Revue de Médecine d'Alger*. Janvier 1914).

Fracture de la base du crâne chez un enfant atteint d'otorrhée double. Drainage de l'espace sous-arachnoïdien. Guérison.

Fracture de l'étage antérieur du crâne. Drainage de l'espace sous-arachnoïdien. Guérison.

Fracture de la base du crâne. Otorrhagie. Epistaxis. Trépanation. Guérison.

Fracture du frontal irradiée à la base. Trépanation. Guérison.

Fracture du frontal irradiée à la voûte des bases nasales. Trépanation. Guérison.

A propos du traitement « rationnel » des fractures de la base du crâne.

(*Province Médicale*, 11 Février 1911).

Dans la *Province Médicale*, je rapportais l'histoire d'un enfant chez lequel la ponction lombaire m'avait permis de dépister le début d'une méningite traumatique : le liquide céphalo-rachidien, légèrement trouble, contenait des polynucléaires nombreux, quelques microbes. La trépanation immédiate, l'ouverture de la dure-mère, le drainage des espaces arachnoïdiens semblaient avoir arrêté la marche des accidents infectieux, et largement contribué à assurer la guérison.

Fracture du crâne. — Hématome extra-dural. — Trépanation. — Guérison.

(Présentation à la *Soc. de Méd. d'Alger.* Séance de Novembre 1912).

En Novembre 1912, je présentais à la Société de Médecine d'Alger, un jeune garçon chez lequel j'avais eu à intervenir pour un syndrome d'hémiplégie à marche progressive, consécutif à une fracture de la région temporale gauche par coup de pied de cheval. Confirmant le diagnostic porté d'hématome extra-dural, la trépanation mettait à découvert un large caillot, sus-dural dû à une rupture des veines méningées moyennes. Son enlèvement provoquait une violente hémorragie, arrêtée seulement par l'incision de la dure-mère et le pincement des vaisseaux sur la tranche. Trois semaines plus tard, l'enfant quittait l'hôpital parfaitement guéri.

Hématomes extra-duraux traumatiques par rupture des veines moyennes méningées.

Dans la thèse de Ceccaldi (Alger, 1919), nous avons essayé de montrer que dans certains cas, les hématomes extra-duraux traumatiques étaient liés non pas à la blessure de l'artère méningée moyenne, mais à celle des veines méningées moyennes, volumineuses, sinusiennes, fragiles, et qui encadrent, ou recouvrent dans une certaine mesure le vaisseau artériel.

L'importance de cette notion n'est pas seulement d'ordre anatomique : le foyer de fracture découvert, le caillot enlevé, l'hémorragie se reproduit, et avec une abondance extrême : l'aiguille à ligature, le fil qui coupe une dure-mère friable lui ouvrent de nouvelles voies : il faut dans les cas de ce genre savoir ne point s'obstiner, ne point perdre de temps, mais fendre délibérément la dure-mère et sur la tranche, saisir les vaisseaux qui saignent, pour les lier ensuite.

Un cas de spondylite typhique.

(En collaboration avec M. le Professeur Curtillet).

On désigne à l'heure actuelle, sous le nom de spondylites typhiques, les localisations osseuses rachidiennes qui se produisent au cours ou dans la convalescence de la dothiénentérie.

Bien connue à l'étranger, dans les pays de langue anglaise surtout, où on la désigne sous le nom de *typhoïd spine*, la spondylite typhique est à peine mentionnée par nos classiques. Le cas dont nous apportons la relation est *le premier observé et publié en France*. Nous attirons l'attention sur une affection qui doit être souvent méconnue.

Molin... Alphonsine, quinze ans, née à Alger, entrée à la clinique chirurgicale infantile le 5 avril 1911.

Le père est mort, il y a six ans d'une affection pulmonaire aiguë, qui a duré trois jours; la mère est en bonne santé. Un frère âgé de douze ans, un autre âgé de neuf ans, ont été malades en septembre 1910 : affection fébrile ayant duré quarante jours chez l'un, trente jours chez l'autre et étiquetée : embarras gastrique fébrile. Une sœur, âgée de six ans, a été atteinte à la même époque d'une maladie mal caractérisée qui a guéri en quinze jours; une dernière sœur est restée bien portante.

Réglée à quatorze ans, notre malade a toujours joui d'une excellente santé, jusqu'en septembre 1910 : à cette époque, elle fut prise, de façon brusque, dit-elle, de frissons et de malaises. Pendant une quinzaine de jours, ces malaises persistèrent, caractérisés par des vertiges, un état de faiblesse des jambes, de la céphalée, de l'anorexie, et surtout une insomnie tenace. Il n'y eut point d'épistaxis, mais il y eut quelques vomissements et une constipation opiniâtre. Au bout d'une quinzaine de jours, la malade fut obligée de s'aliter : sa température prise régulièrement oscillait entre 39° et 40°, atteignant même une fois 41°. Le médecin appelé parla d'embarras gastrique fébrile, et ordonna de la quinine et du pyramidon. Pendant toute cette période, les malaises du début persistaient sans se modifier, accompagnés d'une disparition momentanée de la menstruation; au bout de deux semaines environ la température redevint normale, pendant que les cheveux tombaient « par poignées »; la malade commença à s'alimenter de façon prudente et progressive, continuant cependant à

garder le lit, très affaiblie. A cette époque (début de novembre) elle commença à accuser quelques douleurs dans la région lombaire, douleurs qui prirent rapidement un caractère d'excessive acuité : continues, avec de fréquentes exacerbations, elles empêchaient tout mouvement, condamnaient la malade à l'immobilité absolue, et interrompaient souvent le sommeil; elles siégeaient à la partie inférieure du tronc qu'elles entouraient à la manière d'une ceinture, et à certains moments leur maximum était sous-ombilical. Il semble n'y avoir eu à ce moment aucune élévation de température; au bout d'une dizaine de jours, et peut-être sous l'influence d'une médication qu'il n'a pas été possible de faire préciser, ces accidents diminuèrent d'intensité, puis disparurent. La malade put se lever, et fit même une sortie. Au retour de cette promenade à pied, elle commença à souffrir et dut reprendre le lit.

Depuis ce moment, les douleurs ont continué, avec des alternatives d'augmentation et de diminution : exagérées par le mouvement et la position assise, condamnant la malade au repos absolu, elles se sont progressivement étendues à la racine des cuisses, descendant parfois jusqu'aux genoux, sans jamais s'accompagner de troubles des réservoirs. La température restant normale, l'état général devint excellent,

Ainsi, de novembre 1910 à mars 1911, la malade garda le lit; dans le courant de mars, les douleurs s'atténuèrent, la jeune fille put se lever et venir, le 23 mars, à notre consultation.

Le 5 avril, elle entrait salle Guersant.

Etat actuel (5 avril). Cette grande fille, d'apparence vigoureuse, accuse une douleur sourde dans la région lombaire, dans les flancs et au niveau de la paroi abdominale antérieure : douleur continue avec de fréquents paroxysmes, surtout provoqués par les mouvements exécutés dans le lit.

La colonne vertébrale est droite : sans trace de gibbosité, sans déviation latérale. La pression méthodique sur les apophyses épineuses réveille une douleur très vive au niveau de la quatrième et de la cinquième lombaires, un peu de sensibilité seulement au niveau de la base du sacrum. Dans toute cette région, la pression profonde sur les lames, sur les masses latérales est également douloureuse. Nulle part cependant on ne perçoit d'empâtement, ou de fluctuation. La pression sur les corps vertébraux, à travers la paroi abdominale antérieure, est manifestement douloureuse, de l'ombilic jusqu'au pubis : il semble que ces corps soient plus accessibles, plus volumineux que normalement. La pression brusque sur les épaules provoque une recrudescence des phénomènes douloureux. La mobilité de la colonne lombaire est complètement supprimée : les mouvements de

flexion, d'extension et d'inclinaison latérale sont à peu près complètement abolis; toute cette partie du rachis est figée dans une attitude invariable qui contraste de façon évidente avec la mobilité des régions supérieures.

Incapable de s'asseoir dans son lit, la malade ne peut se retourner qu'avec d'infinies précautions d'une façon progressive, et comme graduée; elle est incapable de se mettre dans la position ventrale qui cambre sa colonne lombaire.

A l'heure actuelle, la marche, la station debout même sont impossibles.

Aux membres inférieurs, la motilité, la force musculaire sont parfaitement conservées; les réflexes rotuliens, achilléens sont normaux, les réflexes plantaires se font en flexion.

De chaque côté du tronc, une zone d'hyperesthésie part en bande large de quatre doigts, de la crête épinière, et contourne le flanc, pour descendre le long du pli inguinal jusqu'au pubis.

A gauche, une autre bande d'hyperesthésie descend sur la face externe de la cuisse, de la crête iliaque jusqu'au genou.

Il n'existe aucun trouble sphinctérien, aucune modification de la sensibilité dans la zone ano-génitale.

Le squelette du bassin est intact, et, sur les membres, on ne découvre aucun foyer d'ostéite, aucun point douloureux suspect.

L'examen des différents viscères ne fournit aucun renseignement.

Le groupement des symptômes présentés par cette malade nous permet d'affirmer l'existence d'une lésion osseuse du rachis, que l'étude des antécédents nous fait rattacher à une dothiénentérie méconnue. Un séro-diagnostic positif au 1/300e conrfime cette opinion, et la radiographie nous montre des lésions caractéristiques.

Elles atteignent les 4e et 5e vertèbres lombaires. Le bord inférieur de la 4e, le bord supérieur de la 5e, ont perdu leur netteté : ils sont irréguliers, dentelés, et la zone claire sur le cliché, sombre sur l'épreuve, qui normalement les borde comme un liséré, n'est plus visible : l'intervalle qui les sépare est réduit à une ligne étroite, sinueuse.

Le corps de la 5e paraît condensé.

La malade est aussitôt mise en extension continue sur un lit dur, avec une traction de 5 kilos à chaque jambe.

Le 8 avril, une intra-dermo-réaction à la tuberculine demeure négative. — En juin, les douleurs spontanées ont disparu, ainsi que la sensibilité à la pression sur la face antérieure des corps vertébraux et sur leurs apophyses épineuses. La colonne lombaire a repris en grande partie sa mobilité. Les troubles de la sensibilité objective ont progressivement diminué et à l'heure actuelle (15 juin), la sensibilité

est normale sur le tronc comme sur les membres. La malade est capable de marcher, mais on l'oblige encore à garder le lit.

Pendant toute la durée de son séjour à l'hôpital, la malade n'a présenté aucune élévation thermique appréciable.

Cette observation est typique : elle résume toute la symptomatologie de la spondylite typhique. Comme celles qui ont déjà été publiées, elle soulève une question de pathologie rachidienne sur laquelle nous nous proposons de revenir : celles des spondylites infectieuses.

A l'heure actuelle, on a tendance à mettre sur le compte de l'infection tuberculeuse toutes les lésions d'ostéite vertébrale chronique, et on oublie trop de faire une place à ces spondylites infectieuses dont le bacille d'Eberth, vraisemblablement, ne réclame qu'une faible part.

CHIRURGIE DU THORAX

Symphyse tuberculeuse du péricarde.

Thèse de Paris, 1910.

Dans ce travail d'ordre surtout anatomo-pathologique, je m'efforçais de mettre en lumière la multiplicité et la gravité des lésions cardiaques, myocardiques, et hépatiques, consécutives à l'infection tuberculeuse du péricarde, partiellement ou totalement symphysé. L'intervention chirurgicale préconisée en ces dernières années, peut soulager, améliorer considérablement certains malades. Elle ne saurait être conseillée dans tous les cas.

Pleurésies purulentes aiguës. — Drainage avec le tube de Vignard.

(En collaboration avec M. le professeur Curtillet. Communic. à la *Société médicale d'Alger*, 1912).

Les pleurésies purulentes à pneumocoques de l'enfance guérissent simplement et rapidement à condition, mais à condition formelle de n'être point infectées secondairement. Le pneumocoque épuise vite sa virulence, mais la plèvre enflammée, recouverte de couennes fibrineuses, est un merveilleux terrain de culture pour les germes banaux : la technique habituelle du drainage avec gros drains leur en ouvre..)utes grandes les portes : dans les tissus préparés par le pneumocoque, staphylocoque, pyocyanique, streptocoque, pour ne nommer que ceux-là, végètent à l'envi.

Le tube très simple imaginé par Vignard, appliqué au point déclive, assure l'évacuation du pus, et interdit l'ascension des germes extérieurs. Il assure la guérison, sous un pansement jamais souillé.

Sept observations, dans lesquelles la guérison s'est faite, complète, en moins de quatre semaines, appuient ces conclusions.

Pleurésie putride.

(Communic. à la *Société de Médecine d'Alger*, 1912).

Présentation d'un enfant atteint de pyothorax putride, à microbes anaérobies, chez lequel la désinfection pleurale par le gaz oxygène et le drainage à la Vignard, assurèrent une guérison rapide.

Kyste hydatique non suppuré du poumon gauche. Thoracotomie. Extirpation et Réduction sans drainage. Guérison.

(Communic. à la *Société de Chirurgie*.
Rapport de M. Ch. Lenormant. Séance du 28 Mai 1919).

Il s'agit d'un enfant de dix ans, Armand V..., dont les antécédents héréditaires et personnels ne présente rien d'intéressant à signaler.

Le début de l'affection actuelle est difficile à préciser : il y a environ six mois que les parents ont commencé à s'inquiéter d'une toux persistante, accompagnée d'expectoration muco-purulente, et parfois sanguinolente. L'appétit depuis cette époque a diminué, l'enfant a perdu du poids ; il s'est plaint à plusieurs reprises de lourdeur dans le flanc droit, et de douleurs dans l'épaule correspondante.

Au moment où il entre à l'hôpital, le 2 juillet 1913, Armand V... a maigri, pâli, tousse souvent, et expectore des crachats muco-purulents striés de sang.

A l'examen de l'abdomen, on découvre une voussure anormale de la région épigastrique : la palpation permet de constater la présence au niveau du lobe gauche du foie d'une tumeur du volume d'une orange : dure, tendue, rénitente et indolente, elle peut être en bas parfaitement délimitée, tandis qu'elle fait corps en haut avec le tissu hépatique. Il n'y a point de circulation complémentaire au niveau de la paroi abdominale, point de liquide dans le péritoine.

L'hémithorax gauche paraît élargi, plus volumineux que l'hémithorax droit : celui-ci normalement sonore dans toute son étendue n'est le siège d'aucune modification respiratoire.

A gauche, au contraire, la percussion met en évidence une sonorité exagérée au niveau de la fosse sus-épineuse, et dans la partie supérieure de la fosse sous-épineuse; à partir du niveau de la 4e dorsale, cette sonorité fait place brusquement, sans aucune transition, à une matité franche qui s'étend jusqu'à la base. — Sur la ligne axillaire une zone de matité, large de deux doigts, et confondue en avant avec l'air cardiaque, se sépare nettement du sommet sonore, et de la base également sonore.

Dans son ensemble l'aire de matité, convexe en haut, suit à peu près la 5e côte, de la colonne jusqu'à la ligne axillaire; elle se dirige ensuite très obliquement vers le mamelon, puis regagne la base du thorax qu'elle atteint un peu en avant de la ligne scapulaire. — Au niveau, au-dessous, et un peu en avant de la pointe de l'omoplate il y a une zone de matité maxima, mise en évidence par la percussion profonde, — et large comme une petite paume de main.

Les vibrations vocales, exagérées au sommet, sont abolies dans tout le reste de l'étendue du poumon.

Les signes stéthoscopiques varient avec les régions : au sommet, la respiration est rude, soufflante; au niveau de la ligne supérieure de matité on trouve un souffle expiratoire, ayant les caractères du souffle pleurétique. Autour de la pointe de l'omoplate le silence respiratoire est *complet*; à la base, sthéto le murmure vésiculaire est lointain, à peine perceptible.

L'examen radioscopique montre qu'il existe à gauche une opacité franche dont le bord supérieur convexe en haut suit la 5e côté : ce contour est net lorsque le malade est appliqué dos à l'écran ; il est flou dans la position inverse.

Au-dessous de la pointe de l'omoplate, il y a une zone d'opacité maxima corresbondant à la zone de silence respiratoire.

A la base, l'opacité est moins franche, moins absolue. Le diaphragme, moins mobile que du côté droit, suit cependant les mouvements respiratoires.

Le cœur, le poumon droit paraissent normaux.

L'examen du sang fournit les renseignements suivants :

Globules blancs.	7.000
Polynucléaires.	57
Grands mononucléaires	18
Lymphocytes	16
Eosinophiles.	9

Le diagnostic de kyste hydatique du foie s'impose. Les signes cliniques et radioscopiques fournis par l'examen du thorax paraissent suffisamment nets pour faire admettre l'existence à ce niveau d'une seconde poche kystique, sans avoir recours à la dangereuse ponction exploratrice.

Il me paraît prudent d'intervenir d'abord sur le kyste pulmonaire, et de réserver pour un second temps le kyste abdominal.

Opération, le 15 juillet. — Anesthésie au kélène. Immédiatement au-dessous de la pointe de l'omoplate remonté, une incision en U est tracée, dont la base se trouve à trois larges doigts de la crête épineuse, dont le bord convexe dépasse légèrement la ligne axillaire. Le volet osseux est formé par la 6e et la 7e côtes, sectionnées sur une longueur de 4 centimètres.

La plèvre est libre; on l'ouvre, et on laisse le pneumothorax s'établir lentement, graduellement, sous une compresse. Dans la brèche opératoire la tumeur apparaît blanchâtre, soulevant le feuillet viscéral de la séreuse, et animée de battements si nets qu'elle donne à première vue l'impression du cœur dans son péricarde; elle occupe la base du lobe supérieur, séparée de l'interlobe par une courte languette de tissu pulmonaire. Cette languette saisie avec une pince permet d'amarrer le poumon.

La plèvre contient une certaine quantité de liquide séreux, citrin, qui est rapidement évacué.

On fixe le poumon à la paroi par trois points en U, passant au voisinage de la poche : au niveau du dernier point quelques gouttes de liquide clair apparaissent; le kyste est alors rapidement ponctionné, son contenu « eau de roche » évacué, sa cavité formolée ; on l'ouvre et on enlève d'un bloc la membrane fertile qui ne contient aucune vésicule fille.

La paroi fibreuse, souple, est rapidement asséchée, fermée par quelques points de catgut, et fixée à la paroi. La plèvre est refermée, le volet rabattu sans aucun drainage.

Pendant l'opération et dans les heures qui suivent, le malade présente quelques petites hémoptysies. En même temps la respiration s'accélère, et dans la soirée cette dyspnée accompagnée d'un léger degré de cyanose est un instant inquiétante. La température est à 38°8, le pouls rapide, mais bien frappé.

Placé en position assise, soulagé par des inhalations d'oxygène, remonté par des injections répétées d'huile camphrée, le malade passe une nuit à peu près calme.

Dans les jours qui suivent, la température descend à son niveau normal, la respiration se régularise.

Le 20 juillet, c'est-à-dire cinq jours après l'opération, le malade

peut être transporté au pavillon de radiologie. La radioscopie montre la présence dans la cavité pleurale d'une certaine quantité d'air et de liquide. Au-dessus du niveau très mobile de ce liquide une large tache sombre marque le contour de la poche, vraisemblablement remplie de sérosité. Un nouvel examen pratiqué le 10 août montre la disparition du liquide épanché dans la plèvre. La poche, très rétractée, dessine une petite tache triangulaire.

L'état général est excellent.

On intervient le 23 août, sur le kyste hépatique. Extirpation de la poche. Réduction sans drainage. Aucun incident post-opératoire. Le malade sort guéri le 16 septembre; il est revu en parfait état, onze mois plus tard le 10 juin 1914.

CHIRURGIE DES MEMBRES

Luxation traumatique de la hanche chez une enfant de 3 ans. Réduction quatre-vingts jours après l'accident. Guérison.

En collab. avec M. le Professeur Cutillet. *Revue d'Orthopédie.*

A propos de ce fait intéressant par sa rareté, nous attirions l'attention sur la facilité avec laquelle avait pu être réduit un déplacement datant déjà de 80 jours : facilité en grande partie due à la rupture préalable et complète des tendons des muscles adducteurs.

Double genu recurvatum congénital. Luxation congénitale des coudes. Traitement du genu recurvatum par le procédé de Wolf.

En collaboration avec M. le Professeur Cutillet.
(*in Revue d'Orthopédie*, 1er Juillet 1912, n° 4).

Dans le groupe des malformations congénitales des membres la luxation du coude, et le genu recurvatum comptent parmi les moins fréquentes. Nous avons eu l'occasion d'observer et de suivre une enfant qui présentait l'une et l'autre de ces rares lésions : la première, la luxation des coudes n'a été l'objet d'aucune tentative thérapeutique; la seconde, le genu recurvatum a été opéré suivant la technique de Wolf : désinsertion de l'épine tibiale antérieure.

Nous arrivions à cette conclusion que, dans certains cas de genu recurvatum, lorsque les *procédés de douceur ont échoué*, la libération de l'épine tibiale permet une réduction facile et rapide de la luxation. Mais la réduction doit être maintenue par une immobilisation prolongée dans des appareils plâtrés.

**Arthrite traumatique du genou,
guérie par la ponction.**

En collaboration avec M. le Professeur Curtillet.
(*Province Médicale*, 29 Avril 1911, p. 183).

Nous montrions que le caractère séro-purulent ou purulent d'un liquide d'arthrite ne doit point conduire d'emblée à la taille articulaire et au drainage : si les phénomènes généraux ne sont point d'emblée très graves, si les phénomènes locaux ne présentent point un caractère franchement phlegmoneux, on pourra s'en tenir à la simple ponction de l'articulation. Observant de près le malade, suivant attentivement la marche de la température et la courbe du pouls, on répétera la ponction dans les jours qui suivront, prêt à prendre le bistouri à la moindre menace d'aggravation.

**Réduction des luxations du coude par le procédé
du fléau.** (Procédé de Jaboulay).

(*in Revue médicale d'Alger*, 1914).

**Bifurcation héréditaire et familiale de la main
par fusion de deux métacarpiens,
en un os unique bifide. Doigts surnuméraires.**

(*in Revue d'Orthopédie*, 1er Mars 1914, p. 135).

La bifurcation de la main est une lésion fort rare, et dont l'histoire n'est pas encore définitivement écrite. A l'époque où il publiait son livre sur les Maladies chirurgicales d'origine congénitale, le Professeur Kirmisson n'en avait personnellement observé aucun exemple et il citait les deux seuls faits jusqu'alors rapportés : celui de Murray et celui de Giraldès.

Dawd (*Ann. of surgery*, 1906), a observé une fissure congénitale entre le 4e et le 3e métarcapiens.



Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.

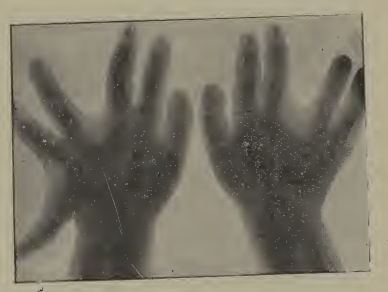


Fig. 4.

Nous avons eu l'occasion d'observer dans une même famille une série de cas un peu différents de ceux que nous venons de rappeler : la main présentait unc apparence de bifurcation de division en deux moitiés symétriques; mais cette malformation héréditairement transmise par la mère à quatre de ses enfants, était liée à l'absence d'un métacarpien central : le 4e et le 3e doigts étant articulés avec le même métarcapien bifurqué à son extrémité distale.

A cette anomalie par défaut s'ajoute une anomalie par excès : présence d'un doigt supplémentaire, inséré sur le bord cubital de la main.

Jc me borne à reproduire ici les radiographies.

CHIRURGIE ABDOMINALE

Quatre cas de péritonite aiguë grave. — Opération précoce. — Quatre guérisons.

Communication à la *Soc. de Méd. d'Alger*, Nov. 1912.

Plaie du foie par arme à feu chez un enfant de 10 ans. — Laparotomie. — Guérison.

Province Médicale, 20 Mai 1911, page 216.

Grosse rate paludéenne ou ectopie pelvienne. — Splénectomie. — Guérison.

Communication à la *Soc. Méd. d'Alger*, 1912.

Note sur la Technique de la laparotomie pour plaies pénétrantes de l'abdomen par projectiles de guerre.

Communication à la *Soc. de Chirurgie*, 25 juillet 1917. Rapport de M. Walther.

L'examen anatomique de plusieurs plaies de l'abdomen, chez des blessés, qui avaient succombé avant toute intervention, m'avait montré que les lésions siègent toutes sur le trajet direct du projectile, les anses intestinales étant immobilisées dans leur position. On les découvre aussi facilement qu'elles siègent sur le gros intestin, le mésentère, ou même sur les anses grêles, en mettant à jour le trajet du projectile, si on a soin de regarder

avant d'attirer l'intestin au dehors, par conséquent de ne pas modifier les rapports réciproques des anses.

En m'appuyant sur ces constatations de nécropsie je proposais au lieu de suivre une voie d'accès réglée, de faire l'incision de la paroi abdominale en suivant le trajet du projectile, trajet indiqué par les deux orifices dans les plaies en séton, par l'orifice d'entrée, et *le siège du projectile repéré à la radioscopie pour les projectiles inclus*. Cette incision permettant de voir d'emblée les lésions et de vérifier les dégâts sur tout le trajet du projectile.

A l'appui de cette conception, j'adressais la relation de deux observations récentes, dans lesquelles j'avais pu mettre cette technique en pratique.

Dans la discussion qui suivit cette communication, M. le Professeur Delbet voulut bien rappeler les constatations qu'il avait eu occasion de faire au cours d'expériences sur les plaies de l'intestin. Je crois devoir citer ses propres paroles : « Je faisais sur des chiens une boutonnière péritonéale, je saisissais la première anse qui se présentait et je la sectionnais. Cinq ou six heures après, je rouvrais la boutonnière. Eh bien, j'ai été très frappé de ce fait que l'anse sectionnée restait dans la très grande majorité des cas sous l'incision pariétale. Elle n'avait pas bougé. J'estime donc qu'il y a un réel intérêt, dans les cas très spéciaux que j'envisage, à inciser d'abord le séton, car il vaut beaucoup mieux fermer d'abord les principales perforations que de s'exposer à les promener dans le péritoine.

Deux cas d'invagination intestinale aiguë observés chez l'enfant : opération précoce : guérison; opération tardive : mort.

(*Rev. Médicale dAlger*, Février 1914).

Relation de deux cas d'invagination intestinale observés chez des enfants :

Chez l'un, l'intervention, faite à la 48e heure, était suivie de mort.

Chez l'autre, l'intervention faite à la 14e heure, était suivie de guérison.

J'insistais sur la bénignité trompeuse des premiers symptômes, sur la nécessité d'un diagnostic précoce et d'une intervention hâtive.

Invagination intestinale chronique.

Thèse de Crosse, Alger, 1919.

Dans la thèse de Crosse, j'ai publié la relation d'un cas d'invagination cæco-colique, à marche chronique, observé chez un enfant de 10 ans. Au cours d'une des crises douloureuses qui se répétaient depuis *plusieurs mois*, je pus faire le diagnostic d'invagination : l'intervention pratiquée séance tenante me conduisit sur un boudin d'invagination dont la tête atteignait l'angle gauche du côlon.

La désinvagination put se faire par expression. L'enfant opéré presque mourant, quittait l'hôpital un mois plus tard, complètement guéri.

La forme chronique, à poussées, de l'invagination intestinale, est au moins chez l'enfant exceptionnelle : elle doit être soigneusement distinguée des cas de spasme intestinal. *Je crois d'ailleurs que la plupart des faits de « fausses tumeurs spasmodiques » de l'intestin, publiés en ces dernières années, ont trait en réalité, à des formes frustes d'invagination spontanément réductibles.*

Coulommiers. — Imp. DESSAINT et Cie.